Rok XXVI. Kraków, 8 Stycznia 1887. Nr. 2.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

TREŚĆ: I. BROWICZ: O wrzodzie okrągłym części pochwowéj macicy i pochwy (zwanym wrzodem żrącym Clarka). — II. WICHERKIEWICZ: O powstawaniu jaskry zapalnéj po atropinie. (Dok.). — III. KRÓWCZYŃSKI: Trzydzieści jeden i sześćdziesiąt cztery lat trwająca kiła. (Dok.). — IV. MIKULICZ: Opatrunek trwały ran i leczenie pod wilgotném strupem krwi. (Dok.) — V. Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie. JAWORSKI: Spostrzeżenia stopniowego znikania kwasu solnego w soku żołądkowym. (Dok.). — VI. *Oceny i sprawozdania. Patologija.* WEICHSELBAUM: Etyjologija i zmiany patologiczno-anatomiczne spraw ostrych zapalnych w płucach. — *Chirurgija.* BAŚTÝŘ: Przyczynek do patologii próchnicy zębów oraz krytyka nowéj jéj teoryi. — *Wiadomości pomniejsze.* — VII. *Sprawy towarzystw lekarskich*: Posiedzenie sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. — VIII. *Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.* BAAZ: Spostrzeżenia nad przewlekłém zatruciem rtęcią. — IX. *Wiadomości bieżące.*

I. O wrzodzie okrągłym części pochwowej macicy i pochwy (zwanym wrzodem żrącym Clarka).

(Z ryciną).

Podał
Prof. Browicz.

W r. 1821 zwrócił Clarke (*Observ. on the diseases of females*) uwagę na owrzodzenia wychodzące z szyjki lub części pochwowéj macicy, owrzodzenia o nieregularnych, zatokowatych brzegach, dnie nierównem, zielonawo-czarném, drążące powoli coraz głębiéj, tak iż w końcu część pochwowa i szyjka macicy zupełnemu uledz mogą zniszczeniu, mogącemu zająć nawet pęcherz moczowy i odbytnicę. Owrzodzenia te dają powód do znacznych, a nawet śmiertelnych, krwotoków z naczyń nadżartych. Nader rzadkie te zmiany znane są pod nazwą wrzodu żrącego, *ulcus corrodens, phagedaenicum uteri.*

Prócz Clarka opisywali, według Kloba, zmiany te także Lever i Baillie. Niemieccy ginekologowie skłaniali się do zdania, iż pod tą nazwą angielscy autorowie opisywali przypadki szybko rozpadających się raków. Późniejsze badania wykazały jednak, iż jakkolwiek przeważną może ilość przypadków nader w ogóle rzadkich wrzodów żrących odnieść można do owrzodzeń na tle szybko rozpadających się raków powstałych, istnieją jednakże wrzody przedstawiające znamiona przez Clarka podane, w których badanie mikroskopowe śladu raka nie wykazuje.

Förster (*Handb.* II, 417) i Rokitansky (*Lehrb.* III, 478) stwierdzili niewątpliwy brak śladów raka w przypadkach przez siebie badanych, toż samo stwierdza przypadek Klebsa (*Handb.* str. 874), który ze względu na okres zmian szczegółowiéj przytaczam.

U kobiety młodéj, która zmarła w skutek krwotoku z części płciowych (podobnież i w przypadku Förstera krwotok był przyczyną śmierci), znalazł Klebs część pochwową okrągławą, dosyć długą, ujście zewnętrzne wąskie. Około ujścia na szczycie bezwrębowéj części pochwowéj znajdowało się płytkie owrzodzenie tłuszczowego nieco wejrzenia, barwą niewyróżniające się od otoczenia, na którego dnie znajdowały się cztery otwarte tętniczki. Badanie dna wrzodu wykazało brak zmian reakcyjnych, zapalnych lub nowotworowych. Przybłonek w otoczeniu wrzodu był niezmieniony i ostrą przedstawiał granicę ku powierzchni owrzodzenia.

Wrzody żrące Clarka pojawiać się mają głównie u kobiet starszych, nie brak już jednak spostrzeżeń, iż i u kobiet młodych zmiany te rozwinąć się mogą (Förster i Klebs).

Przyczyna tych wrzodów nierakowego pochodzenia nie jest dotychczas znaną, co wielką rzadkością tych przypadków tłomaczyć się daje.

Rokitansky zwraca uwagę na wielkie podobieństwo ze zmianami liszaja żrącego (*lupus*).

Brak zmian reakcyjnych na dnie i w brzegach wrzodu, kształt okrągły na najwyższym szczycie części pochwowéj istniejącego, ostro ograniczonego wrzodu w przypadku przez siebie badanym, skłania Klebsa do porównywania zmiany téj z wrzodem okrągłym żołądka i przypuszczenia, iż działanie żrące zmienionéj wydzieliny pochwy, obok możliwego udziału miejscowych zaburzeń w krążeniu, jest podobnie jak w żołądku przyczyną zmiany.

Przypadek wrzodu okrągłego pochwy, jedyny w swoim rodzaju, ogłoszony przez Zahna (*Arch. Virchowa* t. 95, str. 388), rzucił jaśniejsze światło i na etyjologiję wrzodów Clarka w szyjce lub na części pochwowéj macicy napotykanych.

U kobiety 76 letniéj znalazł Zahn w górnéj części pochwy okrągławy wrzód o brzegach ostrych, spadzistych, nietwardych, bladych podobnie jak i reszta powierzchni pochwy. Dno wrzodu przeciwnie nadzwyczaj przekrwione i cienką warstewką ropy pokryte. Mikroskopowe badanie wykazało, że dno wrzodu tworzy tkanka ziarninowa (granulacyjna), innych składników tkankowych nie było ani w dnie wrzodu ani w brzegach wrzodu. Ważną zmianę przedstawiała tętnica maciczna i odgałęziająca się od téjże tętnica pochwowa. Ściany tych tętnic były znacznie grubsze i światło do minimum zwężone. Zwężenie to, szczególnie wybitne w gałązce tętniczéj, zdążającéj w kierunku, gdzie się wrzód rozwinął, światło téj gałązki było zupełnie zarośnięte.

Zahn słusznie tłumaczy powstanie wrzodu tego po wykluczeniu, na podstawie dokładnych dat anamnestycznych, możliwego wpływu urazu lub ucisku ze strony np. krążka

używanego, jako wynik zaburzenia w odżywieniu tej części błony śluzowej pochwy, zaburzenia wynikającego ze stanu tętnic tak znaczne zmiany przedstawiających. O stanie naczyń mikroskopowych, w bezpośredniem otoczeniu wrzodu tkwiących, nie ma wprawdzie wzmianki, w rezultacie badania mikroskopowego istnienie tychże na pewne przypuścić możemy, te bowiem zmiany wytłumaczyć nam mogą ograniczoną, ogniskową cechę zmian w ścianie pochwy.

Zwraca on również uwagę na wybitną analogiję z wrzodem okrągłym żołądka, zawisłym głównie od zaburzeń w krążeniu.

W r. 1886, (Nr. prot. 290) nasunął mi się przypadek, a wynik badania tegoż wyjaśnia dostatecznie etyjologiję wrzodów żrących Clarka, przypadek ciekawy i z tego powodu, iż równocześnie tak na części pochwowej macicy, jakoteż w pochwie znajdują się zmiany stanowiące temat niniejszego artykułu, i że przedstawiają wszystkie fazy rozwoju swego.

U kobiety 59 letniej, zmarłej w skutek zapalenia płuc włóknikowego (nie przytaczam szczegółowego protokółu sekcyi, gdyż zmiany innych narządów nie mają żadnego związku ze zmianami, o które chodzi), znalazłem rozległą miażdżycę układu tętniczego.

Po wyjęciu macicy razem z pochwą przedstawił się stan tychże następujący:

Macica przedstawia zmiany starcze, tętnica maciczna i jej rozgałęzienia makroskopowe drożne, nieznacznie miażdżycowo zwyrodniałe. Po otwarciu macicy i pochwy cięciem wzdłuż tylnej ściany przeprowadzoném, przedstawia część pochwowa (rysunek dołączony uwidoczniający dokładnie położenie i kształt wrzodów zdjęty jest z preparatu przechowanego w wyskoku, w skutek tego skurczonego), dwa głębokie boczne wręby rozdzielające ją na przodkową i tylną część. Na tylnej wardze, po stronie prawej, na najwyższym jej szczycie znajduje się jedno ognisko okrągławe (lit. *a*, rysunek podaje zmiany prawie w naturalnej wielkości), w pochwie zaś kilka tegoż samego wejrzenia ognisk ostro odgraniczonych, szarawej w środkowej części brunatnawo-czarnej barwy. Powierzchnia tych ognisk gładka, w tym samym poziomie położona co reszta wargi lub pochwy. Ogniska te nie przedstawiają więc ubytku, nie mają znamion właściwego wrzodu, są one jakby okrojone, płyciutkim rowkiem od otoczenia oddzielone.

Lit. *b*. rys. wskazuje trzy płyciutkie, drobne wrzodziki o dnie tej samej barwy jak otoczenie.

Lit. *d*. rys. wskazuje rozległe ognisko jakby z połączenia dwóch ognisk powstałe, które w części górnej przedstawia to samo wejrzenie co i reszta ognisk, w dolnej części powierzchnię owrzodziałą, nieco strzępiastą, o brzegach ostrych, cienkich, gładkich. (W miejscu wskazaném lit *c*, wycięto początkowo kawałek ściany pochwy z dwoma ogniskami do badania mikroskopowego).

Badanie mikroskopowe wykazało, iż ogniska owe, ściśle odgraniczone, są częściami nekrotycznemi tkanki. Budowa tkankowa w tych miejscach zupełnie zatarta, ku brzegom tych ognisk staje się wyraźniejszą, tak iż tkanka nekrotyczna stopniowo przechodzi w tkankę zdrową, tworzącą otoczenie, brzegi owych ognisk. Pokład przybłonkowy prawidłowy w otoczeniu ognisk, ginie prawie przy brzegu ognisk nekrotycznych, które zupełnie pozbawione są powłoki przybłonkowej i przedstawiają powierzchnię pod mikroskopem nierówną jakby powyżeraną. Wśród tkanki otaczającej ogniska nekrotyczne nie ma śladu jakichkolwiek zmian, tkanka przedstawia własności prawidłowej, właściwe części pochwowej lub pochwie. Naczynia wśród samych ognisk nekrotycznych przedstawiają zamazane wejrzenie, natomiast w otoczeniu ogniska, a mianowicie na dnie tegoż, przedstawiają się ściany zgrubiałe a w licznych, mianowicie drobniejszych, wnętrze wypełnione tkanką komórkową głównie z wrzecionowatych komórek złożoną, — obraz typowy obliteracyi naczyń.

Część nekrotyczna ognisk była w niniejszym przypadku jeszcze w związku z tkanką zdrową, warstwy nekrotyczne nie oddzieliły się jeszcze, zmiany te przedstawiają więc okres początkowy, w ognisku a raczej dolnej części ogniska na rys. lit. *d*, oznaczoném okres późniejszy owrzodzenia.

Pomiędzy zmianami ogniska na części pochwowej a ogniskami w pochwie nie ma różnicy zasadniczej w obrazie mikroskopowym, tak tu jak i tam przyczyną nekrozy i późniejszego wrzodu są zmiany naczyń mikroskopowych, które sprowadziły obumarcie zaopatrywanych przez nie warstw.

Przypadki Klebsa, Zahna i niniejszy przedstawiający wszystkie fazy tworzenia się wrzodów żrących czyli biorąc nazwę z kształtu wrzodów okrągłych wykazują zgodnie brak jakichkolwiek zmian w otoczeniu, zmiany w naczyniach makroskopowych, a w naszym przypadku w naczyniach mikroskopowych, któreto zmiany naczyniowe tłumaczą dostatecznie przyczynę tych tak rzadkich zmian patologicznych części płciowych kobiecych. Czy potrzebujemy się w obec tego uciekać do hypotetycznego wpływu żrącego wydzieliny, jak to Klebs przypuszcza? sądzę, że zmiany, jak wykazane, same przez się wystarczą do wywołania nekrozy a następnie wrzodu.

II. O powstawaniu jaskry zapalnej po atropinie.

Podał
Dr. Bol. Wicherkiewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1.)

Chcąc dokładniej ocenić okres rozwoju zaćmy a zarazem zbadać inne części oka, wpuściłem maleńką kroplę $^1/_2$ % roczynu atropinowego do oka prawego. W pół godziny później żrenica tegoż była rozszerzoną na 9 mm. okazując postać okrągłą. Soczewka przedstawiła się głównie w przednich i tylnych warstwach zewnętrzno-dolnych części płasko zaćmioną, podczas kiedy w innych częściach promieniste tylko widać było paseczki. Dno oka mogłem jak najwyraźniej zbadać, a zarazem przekonać się, że tarcza o barwie szarawej była w zewnętrznej części zaklęsła, kropkowana z powodu przeglądania blaszki sitowej białkówki. Główne naczynia nieco na wewnątrz przesunięte, naczynia przybrzeżne w tej części stromo zachodziły na siatkówkę, a raczej na pierścień twardówkowy, główne jednakże naczynia środkowe, z których tętnicom nie można było odmówić pewnej cieńkości, prawidłowy miały przebieg. Tętnienia i w tém oku nie spostrzegłem. Wzrok w miarę szerszej żrenicy o tyle się polepszył, że chora okiem tém rozpoznawała palce wewnętrzną częścią siatkówki w odległości dwóch stóp.

Miałem zrazu wątpliwość, czy objawy na tarczy nerwu wzrokowego dostrzeżone odnieść należy do częściowego samoistnego zaniku nerwu wzrokowego, czyli też uważać je za następstwo jaskry prostej.

Ze względu na brak wszelkich innych objawów zanikowych na lewém oku, którego pole widzenia przedstawiało się prawidłowém z wyjątkiem lekkiego ścieśnienia o 10 sto-

pni perimetrycznych na wewnątrz, sklaniałem się do przypuszczenia, iż mam do czynienia z okiem, które czasami ulega wpływom jaskry prostéj, i z tego powodu, chociaż napięcie pozostało jeszcze i po godzinie prawidłowém, zapuściłem w prawe oko 1% roztworu ezeryn.

Nazajutrz rano przy wejściu choréj do pokoju mego, zanim słowo jeszcze rzekła, rozpoznałem cierpienie na pierwsze spojrzenie. Chora z wyrazem przygnębienia na twarzy opowiada, że z szalonym bólem, który jéj ciągle dokucza, obudziła się nad ranem trapiona mdłościami i nic już okiem têm nie rozpoznaje.

Przystąpiwszy do badania znalazłem stan następujący: prawe oko łzawi silnie, powieka górna nieco nabrzmiała, czerwona spojówka **powiek** miernie przekrwiona, gałkowa zaś obrzmiała, różowo-czerwona, z obwódką ciemniejszą na około rogówki, gdzie też miejscami wzdęte są żyły. Rogówka mniéj przezroczysta, jakby pokłuta, komórka przednia zwężona, ciecz jéj zamglona, jakby z domieszką krwi zasłania źrenicę dużą nieruchomą; tęczówka przekrwiona, nabrzmiała nieco, w górnéj zaś jéj części widać małą wybroczynę; dna oka rozpoznać nie można. T + 2 V. pr. = 0. Dotykanie nader bolesne tak, że chora za każdém dotknięciem, głowę cofa.

Nie wątpiąc, iż mam do czynienia z ostrą jaskrą zapalną, zapuszczałem choréj co kwandrans ezeryn. Po trzykrotném atoli zapuszczeniu jeszcze zmiany w oku nie było; zapuściwszy go po raz ostatni, wstrzyknąłem zarazem podskórnie w okolicę oka 0,01 morfinu, poleciwszy choréj powrócić nad wieczorem do mnie.

Wtenczasto wszelkie objawy nieco złagodniały, ból mianowicie stał się znośniejszym, źrenica jednakże zawsze jeszcze była rozszerzona, nieruchoma, ciecz przedniéj komórki zamglona, a oko bolesne, napięcie podwyższone (T + 1) V = 0.

Zapuściłem znowu 2 razy ezeryn, zastrzyknąłem ponownie morfin i przepisałem ½ gramowe proszki antipyrynu, polecając wziąć na noc jeden, a po kilku godzinach, gdyby ból nieustał, drugi i trzeci.

Nazajutrz rano chora oświadcza, że bólu nie miała. Spojówka mocniéj przekrwiona, źrenica węższa, może 4 mm. szeroka, ciecz wodna mniéj mętna, lecz dna oka zbadać jeszcze nie pozwala.

V pr. = ruchy ręki T + 1 oko przy dotknięciu bolesne. Na soczewce przy brzegu źrenicy dwie drobne żółto-szare plamki wysiękowe. Po dwukrotném zapuszczeniu ezerynu napięcie stało się prawidłowém źrenica znowu nieco się zwężyła, ale przekrwienie i łzawienie stało się têm silniejsze. Wieczorem: oko łzawi się, ciecz wodna mętna, źrenica 4 mm. szeroka, oko przy dotknięciu bolesne, badanie wziernikiem dla zmętnienia cieczy i soczewki nic daje żadnego wyniku.

V. pr. = palce na 2—3′

Zapuściwszy i tym razem ezeryn a podskórnie morfin, poleciłem choréj na noc wziąć jeden lub dwa proszki antipirynowe (po 0,5).

Dnia czwartego po katastrofie tj. 29 Października, chora w rannych godzinach konsultacyjnych przybywa z wyrazem radości na twarzy, a oko jéj nie przedstawia najmniejszego śladu przebytéj choroby, przeciwnie wygląda lepiéj aniżeli przed napadem. Najmniejszego też już nie ma przekrwienia, źrenica wązka i równa źrenicy drugiego oka, ciecz wodna czysta, napięcie prawidłowe, wysięki owe kropkowane znikły, tylko na tęczówce widać jeszcze ślad wybroczyny. Dotknięcie niebolesne, a wzrok = pr. 6/18 Hp. 0,75 czyta próby Schr. przez 0,9 + 3 na 26 cm. Lubo widzenie naośne tak znacznie się poprawiło, to jednakże pole widzenia przedstawia się bardzo silnie dośrodkowo zwężonêm w ogóle jako też i dla barw.

Czy dno oka uległo jakim zmianom z powodu wązkości źrenicy, nie można było wyśledzić.

Poleciłem choréj raz jeszcze przybyć nazajutrz celem przekonania się, czy skutek osiągnięty jest trwałym i znalazłem też w rzeczywistości oko niezmienionêm.

Uszczęśliwiona tak znakomitym wynikiem leczenia, nie mogła chora zrozumieć, jakby ta operacyja (sclerotomia resp. iridectomia), którą jéj poleciłem dla utrwalenia skutku mogła być konieczną.

Byłem więc zniewolonym poprzestać na daniu choréj przepisu (ezeryn) pod względem dalszego zachowania się i poleceniu jéj, aby niezwłocznie przybyła, gdyby ból mimo ezerynu miał się powtórzyć, a wzrok znowu słabnąć.

Ogłoszenie tego przypadku budziłoby nierównie więcéj zajęcia, gdyby można zarazem przekonać się o dalszym przebiegu; ponieważ jednakże chora cierpiąca na przewlekły nieżyt płuc i astmę oświadczyła, że zimą nie myśli się z domu wyruszyć, przeto też nie ma widoków, ażeby to życzenie mogło się rychło urzeczywistnić.

I w naszym przypadku nie mieliśmy jak w wielu innych podobnych żadnych pewnych danych, iż chodzi tutaj o jaskrę prostą. Napięcie było podczas badania prawidłowe, zewnętrzny stan oka nie wskazywał także tego cierpienia, a źrenica była tak wązką, co także zresztą, lubo nie zawsze, w wielu razach przeciw jaskrze przemawia, że badanie wziernikiem przy znacznych mianowicie zaćmieniach soczewki, nie mogło nas naprowadzić na ślad choroby.

Chcąc więc zbadać rozwój zaćmy i przekonać się zarazem o stanie dna oka, wpuszczam odrobinę atropinu [1]). Źrenica rozszerza się znakomicie, a wejrzenie tarczy budzi podejrzenie, iż mam przed sobą jaskrę prostą. Chcąc zapobiedz następstwom, których się lękałem, odkąd odsłoniłem sobie dno oka, zapuszczam ezeryn i zatrzymuję dla dalszéj obserwacyi chorą w Poznaniu.

Przypadek, co dopiero opisany nasuwa nam kilka pytań, na które starać się będziemy odpowiedzieć. Przedewszystkiem powinniśmy uprzytomnić sobie sposób powstawania jaskry prostéj, gdyż bez tego niejeden wywód stałby się niejasnym.

Przyznać nam atoli wypada, że właśnie w sprawie rozwiązania téj głównéj kwestyi zdania są podzielone, a w każdym razie nie wyrzeczono jeszcze ostatecznego słowa. Według obszernych doświadczeń podjętych przez Hippla i Grünhagena *(Archiv f. Ophth. Tom 14. III. pag. 219)* zdaje się, iż nerw troisty najważniejszą w rozwijaniu się odgrywa rolę. Podrażnienie bowiem rzeczonego nerwu, wywołuje według tych experymentatorów nietylko znaczne ciśnienie wśródoczne, ale nadto silniejsze wydzielanie lub przesiąkanie płynów do oka.

Skoro więc nerw ten z jakichkolwiek powodów, bądź to w swym biegu, bądź w obwodowém rozgałęzieniu na tęczówce lub też w ośrodkowym końcu dozna podrażnienia,

[1]) Odkąd kokain otworzył sobie podwoje arsenału terapeutycznego, w okulistyce w podobnych przypadkach posługuję się nim zwykle, lecz tutaj pragnąłem silniéj źrenicę rozszerzyć, aby zbadać także obwodowe części soczewki. Zresztą wiadomo, że nie jest to właściwością samego atropinu ale i innych mydriatycznych środków, iż pod ich wpływem jaskra prosta ukryta przechodzi w zapalną.

powstaje mniéj lub więcéj silne podwyższenie ciśnienia wśródocznego wywołanego bezpośrednio silniejszém wydzielaniem płynu w tylnym odcinku gałki, przez co soczewka i tęczówka ku przodowi się przesuwa; naciąganie zaś ostatniéj wywołuje nowe drażnienie gałązek nerwu troistego, co skutek pierwotnego podrażnienia tém więcéj jeszcze potęguje. Silniejsze naprężenie ściany gałki ścieśnia światło otworków, przez które przechodzą naczynia wirowe, w następstwie czego powstają wtórorzędne zaburzenia w krążeniu w części tylko osłabione rozszerzeniem żył, znajdujących się w przednim odcinku gałki.

Ponieważ atropin według dalszych doświadczeń pomienionych autorów (*Archiv. f. Ophth. Tom* 15 część I, str. 281) wywiera wpływ drażniący na nerw troisty, przeto, gdy go zastosujemy do oka zajętego już jaskrą prostą, do istniejącego samoistnego podrażnienia przystępuje nowa przyczyna. Zgadzając się na pojmowanie Hippla i Grünhagena co do rozwoju jaskry prostéj, nie możemy zarazem tłumaczenia odnoszącego się do wpływu atropinu uważać za wystarczające.

Daleko więcéj pod tym względem przemawia do naszego przekonania tłumaczenie podane przez Priestley Smitha (*The action of atropine and eserine in glaucoma. Ophth. Hosp. rep. 1881—82)* który szkodliwe działanie atropinu w jaskrze prostéj temu przypisuje, iż atropin obwodową część tęczówki od ciałka rzęskowego ku rogówce przesuniętą napręża i przez to więcéj jeszcze kąt przedniéj komórki zwężając, naturalnym odpływom wydzielin ocznych znaczną stawia zaporę.

W późniejszych okresach jaskry wpływ ten atropinu nie daje się we znaki, ponieważ obwód tęczówki natenczas przylega do rogówki, a wyrostki rzęskowe są zanikłe i wciągnięte. W tym tedy okresie atropin nietylko nie jest szkodliwym, ale nadto, obniżając sam przez się napięcie, skutecznym być może, tak samo, gdy go w jaskrze prostéj już po irydektomii zapuszczamy. W obec tłumaczenia, że ujemne działanie atropinu polega na zatkaniu kąta przedniéj komórki, nasuwa nam się pytanie następujące:

Jakimże sposobem dzieje się, że wiadome objawy, które atropin w prostéj jaskrze wywołuje, nie występują zaraz, lecz późniéj, bo dopiero, jak w moim przypadku w 10 godzin po zastósowaniu tego środka, a i w innych znanych (*Hirschberg. Archiv f. Augen u. Ohrenheilkunde* Tom 3 str. 157) zdaje się także po upływie kilku lub kilkunastu godzin pojawiać się.

Przyznaję, że nie łatwém mi jest na pytanie to w zadowalający sposób odpowiedzieć. Wiadomo (Bitti, Cremer, de Ruiter, Braun), że atropin naprzód pobudza kończyny nerwu współczulnego w zwieraczu źrenicy, następnie dopiero poraża kończyny tęczówkowe nerwu okoruchowego. W miarę też tego najprzód lekkie, a dopiero po upływie godziny, lub późniéj może, silne następuje rozszerzenie źrenicy. Dopóki skutek ten późniejszy trwa, dopóty też ezeryn, który według Rossbacha i Frölicha w ten sposób działa, iż rozgałęzienie nerwu okoruchowego w tęczówce i w ciałku rzęskowém podrażnia, nie może na porażony nerw oddziaływać.

Dopiero morfin podskórnie zastrzyknięty przysposabia ezerynowi skuteczniejsze pole działania. Sposób, w jaki się to dzieje, jest niezawodnie dość powikłany, a tłumaczenie opierające się na podstawie doświadczeń robionych na zwierzętach, już dla tego samego nie może rościć pretensyi do nieomylności, że zwierzęta daleko mniéj od człowieka oddziaływają na morfin, a powtóre, że i indywidualne usposobienie względem morfinu pojedynczych osobników niemałą tutaj odgrywa rolę. Mniemam atoli, że w poszczególnym naszym przypadku błogi skutek morfinowych zastrzykiwań w jaskrze takby sobie tłumaczyć można:

Morfin podskórnie zastrzyknięty, porażając nerwy czuciowe sprawia choremu ulgę. Daléj zaś drażni (Gscheidlen) nerwy ruchowe, a zatem i nerw okoruchowy i to od środka ku obwodowi, w skutek czego atropinowy skutek osłabia się albo znosi. Wiadomo przecie, że prawie zawsze morfin źrenicę u ludzi i zwierząt silnie zwęża, a nadto według doświadczeń robionych na zwierzętach przez Höltzkego *(Arch. f. Ophth. XXIX 2. p. 15*) obniża morfin silne napięcie w przedniéj komórce, w skutek czego korzystniejsze powstać muszą warunki mechaniczne do zwężania się źrenicy. Że zaś według doświadczeń szczegółowych tegoż Höltzkego jako też Pflügera *(Bericht über die 14 Vers. d. ophth. Geselsch. p. 134)* każde zwężenie źrenicy pociąga za sobą obniżenie ciśnienia, przeto wytwarza się w ten sposób pewien *circulus benignus*. Tak jak atropinowi przypisywaliśmy mechaniczny wpływ na powstawanie jaskry ostréj, tak też mechaniczne przyjąć możemy działanie ezerynu równoważące wpływ atropinu.

Ezeryn zmniejsza grubość tęczówki, powiększa kąt komórki i czyni przewód Fontany wolnym. W przypadkach jednakże ostréj jaskry niejednokrotnie się zdarza, iż ponownie zastósowywany ezeryn, nawet świeżo przyrządzony, żadnego nie ma wpływu albo bardzo nieznaczny na zwężenie źrenicy i obniżenie napięcia gałki, podczas kiedy chorzy po każdorazowém wpuszczeniu go najsilniejszego doznają częstokroć bólu, któremu nie rzadko towarzyszą mdłości a nawet wymioty. W takichto razach od wielu lat stosuję równocześnie z ezerynem morfin podskórnie, a jak w przypadku opisanym, tak też w innych przekonałem się o błogiém działaniu tego połączenia.

W końcu pozwolę sobie poruszyć pewną sprzeczność. S c h w e i g g e r podaje *(Handbuch der speciellen Augenheilkunde III Auflage 523)*, iż w kilku przypadkach jaskry prostéj naumyślnie wpuszczał atropin, lecz nie udawało mu się wywołać ostrych objawów. Nie mogąc nie ufać bystrości spostrzegawczéj znanego berlińskiego okulisty, przypuścimy chyba, iż nie każde oko równie łatwo ulega wpływom atropinu, coby zresztą wypływało także z przypadku opisanego (w *Klin. Mtsbl. f. pract. Augenheilkunde* 1876 str. 386) przez M a g n u s a, który zakropliwszy atropin starcowi 72 letniemu dla zbadania stopnia rozwoju zaćmy w obydwa oczy, wywołał tylko w prawém oku objawy ostréj jaskry, która wzrok tego oka doszczętnie zniszczyła, podczas gdy lewe oko najmniejszéj nie doznało zmiany.

Zresztą sam sobie przypominam kilka przypadków z méj praktyki, gdzie tak u młodszych jako i u starszych osób obojéj płci ponownie zapuszczony atropin żadnego nie wywarł wpływu ani na rozszerzenie źrenicy, ani też na porażenie akomodacyi.

S c h w e i g g e r nie wspomina, w ilu przypadkach robił doświadczenia odnośne, lecz ujemnych jego wyników, które w każdym razie stoją w sprzeczności z tém, czego wielostronnie pod tym względem doświadczano, inaczéj nie umiałbym sobie wytłumaczyć jak chyba tém, że osoby poddawane doświadczeniom posiadały w wysokim stopniu odporność w obec wpływu atropinu. Jeżeli bowiem zważymy, że rozmaite zwierzęta używane do doświadczeń rozmaicie wielkie a nieproporcyjonalne znoszą dawki trucizn im podawanych, a przypominam pod tym względem króliki, które n. p. dopiero po 1 gramie atropinu, a zatém 10 razy większéj dawce od téj,

która człowieka zabija, zdychają, to też łatwo zrozumiemy, iż i pomiędzy osobnikami, stojącymi w jednéj i téj saméj klasie rozwoju, może zachodzić znaczna różnica wrażliwości na działanie trucizn.

Przyznając, że istnieje pewna tkliwość osobliwa, możemy również przypuszczać jakąś odporność osobliwą.

III. Trzydzieści jeden i sześćdziesiąt cztery lat trwająca kiła.

Podał
Dr. Ż. Krówczyński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1.)

O wiele ciekawszy a może jedyny w swoim rodzaju jest przypadek następujący:

Czerstwy starzec, lat 65, z warstwy inteligentnéj, podaje najdokładniejsze daty o chorobie, jéj początku i przebiegu. Choroba powstała w pierwszym roku życia od piastunki, która zapadała na bóle gardła i miewała wyrzuty na skórze, a jak się późniéj okazało, była kiłą dotknięta. Od piastunki nabyła najpierw choroby o 1½ roku starsza siostra, która, jak osobiście stwierdziłem 12go grudnia 1883, miała, oprócz bardzo licznych blizn na obu łokciach i goleniach, świeże kilakowe owrzodzenia skóry barku prawego. Przed ukończeniem pierwszego roku życia, pojawiły się u chorego zmiany w gardle, które wówczas uznano jako kiłowe i odtąd leczono chorego wewnętrznemi środkami. Przez kilka pierwszych lat życia zapadał chory często na zdrowiu a mianowicie miewał rozmaite wyrzuty na skórze; gdy zmiany te, mimo leczenia często się powtarzające, uznano za szkrofuły, leczono odtąd rozmaitemi kąpielami. Wiek młodociany był wolny od zmian chorobowych i dopiero przy wstąpieniu do szkoły wojskowéj odkryto objawy na skórze, które znowu uznano za wysypkę kiłową. Chory stanowczo przeczy, jakoby kiedykolwiek czyto w młodzieńczym, czy w męzkim wieku był zarażony. Wówczas zalecone środki szybko usunęły objawy na skórze a chory przekonany, że jest zupełnie zdrowy w 24 r. życia wstąpił w śluby małżeńskie. Doczekał się zupełnie zdrowego potomstwa (o dobrym stanie zdrowia najmłodszego syna miałem sposobność osobiście się przekonać), z którego najstarszy syn liczy 40 lat i ma mieć równie zdrowe dzieci. Obie żony pacyjenta nigdy nie roniły ale zdrowe rodziły dzieci, u których nigdy nic takiego nie stwierdzono, coby przemawiało za kiłą. W 34 r. życia wytworzyła się na skórze piersi po lewéj stronie tuż przy brodawce sutkowéj „bolączka“, która po długiém istnieniu pękła, a gdy pierwsza goiła się powstała druga, potém trzecia i odtąd bez przerwy jedne się goiły, inne świeżo powstawały. Upewniony przez lekarzy, że „bolączki“ nie są następstwem zakażenia kiłowego nie leczył się wewnętrznemi środkami tylko przykładał rozmaite maści i przymoczki do 9 grudnia 1883, w którymto dniu badając chorego po raz pierwszy, stwierdziłem stan następujący: Wzrostu miernego, dość dobrze odżywiony (ale co do wzrostu i budowy najgorzéj wykształcony fizycznie z całego rodzeństwa dotąd żyjącego), układ kostny dość dobrze rozwinięty, stan wewnętrznych narządów prawidłowy (rozedma płuc niskiego stopnia), gruczoły limfatyczne niepowiększone z wyjątkiem gruczołu pod pachą lewą, gdzie największy, niebolesny, dość twardy, jest wielkości migdała, a inne jeszcze mniejsze. Począwszy od obojczyka lewego aż do linii imaginacyjnéj łączącéj pępek z grzebieniem kości biodrowéj lewéj (*crista ossis ilei*) ku dołowi i od prawéj brodawki sutkowéj na całéj klatce piersiowéj po lewéj, na całym lewym boku aż do stosu pacierzowego po lewéj i od górnego brzegu łopatki ku dołowi, prawie do grzebienia kości biodrowéj lewéj, skóra chorobowo zajęta, a mianowicie prócz licznych blizn rozmaicie ubarwionych i zupełnie odbarwionych bardzo liczne kilaki, jużto rozpadłe, już nierozpadłe i w rozmaitych okresach rozwoju. Według opowiadania po wytworzeniu się bolączki około brodawki sutkowéj lewéj powstawały coraz nowsze nacieki w otoczeniu dawniejszych, tym sposobem zajęły całą skórę klatki piersiowéj po lewéj stronie, przeniosły się przez mostek (*manubrium sterni*) do brodawki sutkowéj prawéj, potém zajęły skórę brzucha do pępka nie przekraczając linii białéj, późniéj sprawa chorobowa przeniosła się na bok lewy, ztamtąd na plecy i tu znowu nie przekroczyła linii wytworzonéj przez wyrostki kostne kręgów. Gdy rozpoznanie nie ulegało kwestyi a tylko kwestyjonował je chory nie mogąc uwierzyć w tak długie istnienie kiłowego zakażenia, zaleciłem zewnętrznie obmywanie wodą borową i jodoform na wrządzące kilaki a wewnętrznie jodek potasu w wzrastających dawkach. Dnia 12/1 1884 owrzodzenia w przeważnéj części zabliźnione, a tylko na skórze brzucha poniżéj żeber niezabliźnione, jakotéż na łopatce i gdzieniegdzie na plecach. 13/6 1884 od 3ch miesięcy przykładał chory tylko plaster rtęciowy na naciekłe blizny, a gdy świeże kilaki, powstałe na łopatce lewéj rozpadły się usunięto plaster i zalecono jodoform. Jodku potasu używał chory ciągle i dobrze go znosił. Po zupełném wygojeniu ran, które nastąpiło w połowie sierpnia 1884, dotąd nie było świeżych objawów choroby a chory zawsze znajduje się w dobrym stanie zdrowia.

Opisany przypadek, powtarzam, dla tego podaję do wiadomości, że o ile mi wiadomo, nie ma podobnego w literaturze, aby bez przerwy trwały objawy chorobowe lat 30, a zakażenie kiłowe lat 64, a mimo długiego trwania choroby przez 30 lat nieleczonéj stan ogólny był zadowalający. Dowodzi to, że nie zawsze długo trwająca kiła wyniszcza ustrój.

IV. Opatrunek trwały i leczenie ran pod wilgotnym strupem krwi.

Skreślił
Prof. Dr. J. Mikulicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1.).

Gojenie pod wilgotnym strupem wprowadziłem w wykonanie od letniego półrocza 1886 r. w klinice krakowskiéj. Liczba przypadków leczonych w ten sposób przezemnie nie jest jeszcze znaczną, wynosi bowiem blisko 50 spostrzeżeń. Rozporządzając znacznie mniejszym materyjałem klinicznym niżli Schede, obierałem nadto tę drogę postępowania jedynie w tych wyszukanych przypadkach, gdzie wykluczoném być mogło wszelkie niebezpieczeństwo dla chorego. Dopiero własném doświadczeniem zyskuje się w podobnych razach zupełną świadomość, a nie zawadzi zbyteczna nawet ostrożność tam, gdzie chory może odpokutować za próby jego kosztem dla nauki podjęte. Poprzestanę na krótkiém przedstawieniu grupami przypadków operacyjnych.

A. Operacyje na kościach i stawach.

2 przypadki typowéj resekcyi stawu kolanowego u osób dorosłych. Zmiana opatrunku po 4ch tygo-

dniach; przebieg aseptyczny. Obumarłe miejscami brzegi skórne oddzieliły się bez śladu ropienia.

1 przypadek otwarcia stawu u dziecka. Zmiana opatrunku po 2 tygodniach. Przebieg aseptyczny. Ruchomość w stawie utrzymana.

4 przypadki resekcyi stawu biodrowego u dzieci. Zmiana opatrunku w 10—25 dni. 3 krotnie przebieg aseptyczny z zupełném zabliźnieniem. W jednym przypadku ropienie, gdy zrazu przebieg był aseptyczny: Chory ten leczony był po za kliniką i przeoczono, że opatrunek, za nadto szczelnie przylegający, wywołał odleżynę w fałdzie pośladkowym. Mniéj doświadczony na punkcie nowéj techniki opatrunkowéj lekarz zmuszony był z powodu wyż nadmienionego zmienić opatrunek w 10 dni po operacyi. Dziecko wolne dotąd od gorączki i bólów, poczęło gorączkować, a w ranie wystąpiło ropienie. Po założeniu sączka wrócił przebieg bezgorączkowy:

4 przypadki amputacyi i enukleacyi (2 razy odcięcie podudzia, 1 operacyja Symego, 1 wyłuszczenie w stawie barkowym). Zmiana opatrunku w 5—23 dni; przebieg aseptyczny.

3 przypadki szwu kostnego (raz z powodu zastarzałego złamania *Olecranon*, raz z powodu stawu fałszywego, raz z przyczyny przesunięcia się odłamków przy złamaniu powikłaném w ciągu postępującego gojenia). Zmiana opatrunku po 11—20 dniach. Przebieg aseptyczny.

6 Przypadków nekrotomii: zmiana opatrunku w 10—21 dni. Czterykroć gojenie aseptyczne bez ropienia, w jednym przypadku wypełniła się jama po sekwestrze w większéj części ziarniną; w jednym przypadku nastąpiło zupełne zropienie wypełniającego skrzepu krwi.

3 przypadki wyskrobania ognisk gruźliczych w kości (2 razy w kości piętowéj, raz w kości sprychowéj). Zmiana opatrunku po 4—18 dniach. Dwukrotnie przebieg aseptyczny, raz ropienie w przypadku, gdzie już przed operacyją ropa się wydzielała.

B. Operacyje w częściach miękkich.

3 herniotomije (1 przepuklina uwięźnięta i 2 operacyje radykalne). Zmiana opatrunku po 10—14 dniach. Gojenie aseptyczne.

2 przypadki podwiązania naczyń (raz tętnica biodrowa zewnętrzna, drugi raz tętnica podobojczykowa). Zmiana opatrunku w 5—9 dni. Gojenie aseptyczne.

7 przypadków wyłuszczenia większych guzów. Zmiana opatrunku w 5—16 dni, w 4 razach gojenie aseptyczne, w 3 przypadkach powierzchowne ropienie.

1 przypadek wycięcia mas bliznowatych wraz z skórą w przebiegu kontraktury Dupuytrena z całkowitém obnażeniem ścięgien zginaczy 4 i 5go palca. Zmiana opatrunku po 16 dniach. Przebieg aseptyczny z uzyskaniem zupełnéj ruchomości.

4 przypadki rozcięcia i wyskrobania zimnych ropni. Zmiana opatrunku w 10—18 dni. 3-krotnie gojenie aseptyczne, raz zupełne zropienie.

3 przypadki wyskrobania rozległych i zropiałych gruczołów limfatycznych. Zmiana opatrunku w 10—14 dni, 2 razy gojenie aseptyczne, raz powierzchowne ropienie.

1 przypadek operacyi z przyczyny zniekształcenia muszli usznéj i niedrożności przewodu słuchowego zewnętrznego. Zmiana opatrunku w 14 dni po operacyi. Przebieg aseptyczny. Rana zabliźniona w zupełności.

Prócz tego większa liczba mniejszych ran operacyjnych, które niemal bez wyjątku goiły się aseptycznie, t. j. bez śladu ropienia.

Wypada mi dodać jeszcze kilka uwag ogólnych. Zmiana opatrunku, zwłaszcza w pierwszych moich próbach, przypadała często z końcem pierwszego tygodnia; nie mając własnego doświadczenia co do tego sposobu leczenia ran musiałem się przekonać naocznie w razach wątpliwych o stanie saméj rany. Gdy zaufanie moje w dalszym ciągu się wzmogło, zostawiałem opatrunek zazwyczaj przez 2—3 tygodni bez zmiany. W 45 wyliczonych przypadkach przebiegało gojenie 36 razy aseptycznie, to znaczy, że rana uległa pod opatrunkiem zupełnemu zabliźnieniu, albo téż w miejscu jéj znajdowało się powierzchowne pasmo ziarniny zabliźniającéj się od brzegów. Czterokrotnie nastąpiło rozległe ropienie, niweczące zupełnie wypadek; w pięciu przypadkach dołączyło się następowo powierzchowne ropienie zazwyczaj z miejsca kanałów szwowych do rany pozornie zagojonéj. Cztery razy w przypadkach częściowo lub zupełnie nieudałych, utrzymywało się ropienie otwarte już przed operacyją, prawdopodobnie rana nie została dostatecznie odkażoną śród zabiegu operacyjnego. W innych przypadkach uległa rana następowo zakażeniu pod opatrunkiem niedostatecznie ją osłaniającym.

Wzmiankowane zawody wcale mnie nie odstraszyły. W obec przeważnéj części ran wzorowo się gojących, żywię nadzieję, że w przyszłości z nabraniem doświadczenia i wprawy pożądane gojenie aseptyczne coraz rzadziéj spotka się z niepowodzeniem. Zresztą nie tak rzadko pojawia się również następowo ropienie z otworu sączkowego w ranach należycie zaopatrzonych w dreny.

Stan ogólny w żadnym przypadku nie doznał głębszego zaburzenia; zupełnie bezgorączkowy przebieg częściéj nawet wydarza się przy użyciu trwałego opatrunku, aniżeli w obec ran drenowych. Nawet w przypadkach, gdzie rozległe ropienie skrzepu krwi nastało, ciepłota wskazywała częstokroć granice normalne.

Do ocenienia dopuszczalności metody nadają się według mojego zdania przedewszystkiém przypadki zakończone niepowodzeniem. Należy właśnie mieć tę pewność, że w razie zawodu chory nie dozna szkody. Przekonany jestem, że metoda ta w rękach wprawnych i doświadczonych nie budzi wcale niepokoju, jak się wyraża o niéj Schede. Skoro bezpieczeństwo metody téj stwierdzi rozleglejsze jeszcze doświadczenie, wówczas będzie można zwolna zastósować ją i do innych rodzajów ran. Bynajmniéj nie chcę twierdzić, aby zarówno większe rany jamiste, dające się łatwo skórą pokryć i przez zbliżenie wzajemne powierzchni rannych ściągnąć, należało raczéj pozostawić bez zeszycia lub wypełnić je krwią; bezpośredni zrost tego rodzaju ran, *prima intentio*, w ścisłém słowa znaczeniu nie przestanie być wzorem dla przebiegu gojenia ran należących do téj kategoryi, który osiągnąć nadal niezmienném będzie staraniem. Częściéj jednak i z większym spokojem możemy odtąd stosować trwały opatrunek Neubera, z wykluczeniem sączków w leczeniu takich ran. Dziś bowiem, gdy doświadczenie zaprzeczyło szkodliwości skrzepów krwi aseptycznych, opatrunek trwały zyskał silną i pewną podstawę. Na przyszłość pierzchną przesadne obawy zabu-

rzenia gojenia ran jamistych w uchyłku, których ukryje się skrzep krwawy.

O krok dalej nawet, niż Schede, postąpiłem w wskazanym przezeń kierunku. Z ran pooperacyjnych w kościach i stawach, leczyłem pod jednorazowym opatrunkiem bez użycia sączków tak rany resekcyjne w stawie biodrowym, jakoteż rany po amputacyi i wyłuszczeniu stawów. Wyniki dotychczas uzyskane zadowoliły mnie w zupełności. W podobny sposób postępowałem z szeregiem ran w częściach miękkich, jako to po herniotomii, podwiązaniu naczyń większych i wyłuszczeniu guzów, a wyniki, które tu osiągnąłem, również w przeważnéj liczbie były pomyślne.

Zalety postępowania powyższego są rozliczne. Jeśli ominięcie zmiany opatrunku dotąd niezbędnéj dla operowanego w każdym wypadku ma znaczenie, to cała doniosłość występuje zwłaszcza w zranieniach na kościach i stawach, które w ciągu pierwszych tygodni zażywać mogą najzupełniejszego spokoju. Leczenie pod wilgotnym strupem krwi daje możność rychłego i zupełnego zabliźnienia ran operacyjnych w kościach i ścięgnach, które dawniéj dopiero po długim czasie, w pewnych razach nawet wcale nie okazywały dążności do ostatecznego zagojenia. Wspomnę tu jedynie o ubytkach, powstających po wyskrobaniu ognisk gruźliczych w kości, po których wywięzują się nie rzadko przetoki utrzymujące się przez miesiące i lata całe. Nie mogę pominąć również i tego, że blizny tworzące się pod wilgotnym strupem, odznaczają się, nawet przy większych utratach skóry, gładkością i miękkością, co w pewnych razach kosmetyczną ma wartość. Blizny po wyskrobaniu zatokowatych wrzodów gruźliczych i zropiałych gruczołów limfatycznych na szyi okazują korzystniejsze wejrzenie, niż po innych sposobach użytych do ich leczenia.

Pod względem techniki pozwolę sobie uczynić kilka uwag. Rana winna być zeszytą tak, aby w środku pozostała odpowiednia szeroka szpara, a w większych ranach 2 otwory na końcach celem ułatwienia odpływu nadmiernéj ilości krwi. W ogóle zespojenie rany powinno być w całości wolne. Przy resekcyi w stawie biodrowym np. wystarczy założyć 2 głębokie szwy, między któremi pozostaje szpara wnikająca w głąb stawu. Przy resekcyi stawu kolanowego, po amputacyi pozostawia się otwory na obu końcach rany. Do szwu używam obecnie wyłącznie drutu srebrnego i katgutu. Pierwszy służy mi do szwów głębokich, tam gdzie należy utrzymać części przez czas dłuższy w odpowiedniém położeniu, katgutem posługuję się przy szwie skórnym powierzchownym i przy szwach w głąb zapuszczanych. Do spojenia kości używam również silnego drutu srebrnego. Schede nie zaleca żadnego szwu do złączenia kości i ustala je jedynie za pomocą szyn, obawiając się zaburzenia w organizacyi skrzepu krwawego skutkiem działania ciała obcego. Ja nie zauważyłem w żadnym przypadku szkodliwego wpływu od szwu srebrnego; każdym razem nastąpiło wgojenie się drutu bez najmniejszéj szkody. Początkowo używałem do szwu skórnego jedwabiu; dołączyło się jednak następowo w kilku przypadkach ropienie w kanałach szwowych nierównie rzadziéj wydarzające się po użyciu szwu z drutu srebrnego.

Opatrunek zewnętrzny nie powinien za nadto szczelnie przylegać. Po wykonaniu zabiegu śród miejscowéj niedokrewności, można otoczyć lekko opatrunek zewnętrzny zwojami opaski elastycznéj. Po wykonaniu resekcyi stawu kolanowego np. postępuję zawsze tym sposobem.

Świadomy tego, że wiadomość niniejsza oparta jest na nieukończonych jeszcze doświadczeniach, mam tę nadzieję, że może zniewoli ona niejednego z kolegów zawodowych do podjęcia prób z pomijanemi dotąd metodami Neubera i Schedego. Technikę metody trzeba sobie samemu wyrobić. Jakkolwiek bowiem postępowanie to spoczywa dzisiaj na słusznéj podstawie teoretycznéj, to jednak udoskonalenie saméj techniki, jak w ogóle każdéj sztuki technicznéj, pod względem całości i pojedyńczych szczegółów zawisło od doświadczenia i wprawy.

V. Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie.

Spostrzeżenia stopniowego znikania kwasu solnego w soku żołądkowym.

Podał
Doc. W. Jaworski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1.)

Sztuczne obniżenie kwasoty spostrzegłem u chorego przy podawaniu boraksu:

VI przypadek. 23-letni student, I. S., niedokrewny, cierpi od 2 lat na przypadłości gastryczne, zlokalizowane ściśle do żołądka, polegające na ciśnieniu i gryzieniu w tymże; napoje wyskokowe, szczególniéj wina jakoteż kwasy pogarszają stan. Chory używał dawniéj wody karlsbadzkiéj ze skutkiem przemijająco dobrym, lecz obecnie nie ma do niéj zaufania. Choremu podawano przez cały miesiąc *Natrium boricum*, trzy razy dziennie, po jednym gramie w ciepłéj wodzie. Wewnętrzne badanie żołądka przeprowadzono podczas leczenia sześć razy. Treść czczego żołądka przed leczeniem 12/6 zawiera strzępy żółte, przesącz wodojasny, kw. solny wyraźny, kwasu mlekowego i śluzu nie ma, trawi, kwasota 15·0, wodą lodową (13/6) 20·5; 20/6 kwasota 5·5, dostrzegalny ślad kw. solnego, trawi; 29/6 kwasota 3·5, HCl wątpliwy, trawi niedokładnie; 15/7 treść czczego żołądka opalizująca, ze strzępami śluzowemi białemi, przesącz opalizujący daje oddziaływanie na śluz, kwasota 1·0 metodą lodową (16/7) 1·5, trawi dopiero po dodaniu kropli kw. solnego. Co do podmiotowych objawów, to oświadcza chory, że te prawie znikły, po jedzeniu bólów nie czuje, a nawet może pić wino, którego z powodu występowania bólów nie używał.

Należy tu podnieść okoliczność w przypadkach nadmiernego wydzielania kw. solnego w żołądku, że przy pierwszém badaniu czczéj treści żołądkowéj wolnéj od pokarmów otrzymuje się zwykle wyższą kwasotę i energiczniéj trawiący sok żołądkowy, niż przy następnych; czasem dopiero trzecie badanie daje wyniki zgodne ze wszystkiemi następnemi.

Obniżenie lub brak kwasu spostrzegałem następnie u osób żyjących bardzo umiarkowanie, uważających bardzo na „nieprzeładowanie" żołądka a uskarżających się na osłabienie trawienia.

Zmniejszenie lub zniesienie wydzielania kw. solnego napotyka się często w wieku starszym (nad 50 lat), podczas gdy podniecenie wydzielania soku żołądkowego można zauważać w wieku młodszym niżéj lat 40 (Posiedz. Tow. lek. krak. 1 grudnia 1886. Odczyt Jaworskiego). Te spostrzeżenia tłumaczą nam, dla czego w raku żołądka wydarzającym się zwykle w późniejszym wieku napotyka się brak kw. solnego, we wrzodzie zaś nadmierne wydzielanie tegoż. (*Klinische Befunde bei Ulcus, Carcinoma ventriculi u. Magenblutungen. Korczyński und Jaworski. D. med. Wochenschrift,* Nr. 47—49, 1886).

Spostrzeżenia tak innych, jakotéż moje wykazują więc, że siła wydzielnicza błony śluzowéj żołądka może się wzmódz: moje spostrzeżenia zaś obecne wykazują, że wzmożone wydzielanie kw. solnego znów stopniowo słabnie, aż do zupełnéj niemożności wydzielania tegoż. Następnie wykazuje moja statystyka (Wykład w Tow. lek. krak. 1 grudnia 1886), że najczęstszém zboczeniem patologiczném w chorobach żołądka jest wzmożenie, a rzadsze zwolnienie wydzielania soku żołądkowego. Ostatecznie moje spostrzeżenia mikroskopowe treści żołądka (Gaz. Lek., 1886, Nr. 49) wykazały dotąd nieznaną okoliczność, że podczas nadmiernego wydzielania się soku żołądkowego przechodzą do treści żołądkowéj komórki wypocinowe, i to w tém większéj ilości im większe jest natężenie wydzielnicze. Że zatém mamy tu do czynienia ze sprawą nieżytową zapalną. Wszystko to wskazuje, że zboczenia we wydzielaniu soku żołądkowego stoją ze sobą w ścisłym związku, tworząc kolejne okresy chorobowe, które pospolicie bywają uważane jako odrębne obrazy kliniczne. Okresy te rozpoczynają się pod wpływem działania pewnych szkodliwości czyli bodźców nieprawidłowych np. wyskoku i postępują w następującym porządku.

1. Powstaje najprzód wrażliwość błony śluzowéj na bodźce, w skutek czego wydziela się sok żołądkowy podczas trawienia o większéj obfitości i o większéj kwasocie niż zwykle. Jestto stan, który można nazwać *hyperaciditas digestiva*, a którytostan objawia się podmiotowo dolegliwościami po jedzeniu, a zniknięciem tychże po ukończeniu trawienia.

2. Stan ten przechodny (intermitujący) może przejść w trwały, gdyż i w nieobecności bodźców, jak pokarmów, zatém i w żołądku czczym wydziela błona śluzowa kw. solny wraz z ciałkami wypocinowemi, których jądra jeszcze pod mikroskopem spostrzegamy; ilość płynu jednak w żołądku jest jeszcze mała. Podczas trawienia zaś samego kwasota treści dochodzi do bardzo wysokiego stopnia. Stan ten chorobowy wywołuje oprócz gastrycznych jeszcze odleglejsze objawy nerwowe; chorzy przedstawiają się jako nerwowo-gastryczni. Okres ten odznacza się ciągłém wydzielaniem kw. solnego i może być nazwany *secretio hyperacida continua simplex*. Z tego okresu chorobowego pochodzi największy odsetek chorych żołądkowych szukających porady lekarskiej.

3. W następstwie dochodzi ciągłe wydzielanie kwasu solnego do najwyższego szczytu, tak, że niewielka tylko istnieje różnica między wydzielaniem błony śluzowéj podczas trawienia, a w żołądku czczym. Ogromna ilość jąder ciałek wypocinowych, niekiedy często rozrzucone bryłki barwika krwi, opóźnienie wydalania treści ze żołądka, często napotykana rozstrzeń, przemawiają za zmianami anatomicznemi, toczącemi się w błonie śluzowéj, a może i mięsnéj. W okresie tym, równie jak i w poprzedzającym, wydziela się trwale kw. solny i to w nadmiarze, lecz równocześnie ze znaczniejszą ilością cieczy, dającą się ze żołądka czczego sondą wyciągnąć. Objawy podmiotowe są przeważnie zlokalizowane do żołądka i niekiedy bardzo silne. Ten okres nazwać wypada *hypersecretio hyperacida continua*, a według analogii z podobnemi objawami w innych błonach śluzowych *gastrorrhoe acida*, a według podstawy anatomicznéj *catarrhus ventriculi acidus*; i w tymto okresie bardzo często pojawia się wrzód żołądka (Korczyński, Jaworski).

4. Po wyczerpaniu się nasilonego wydzielania błony śluzowéj wyrabia się okres opadania i niedowładu wydzielniczego soku żołądkowego. W czczym żołądku tylko bardzo mała ilość płynu już się znajduje. Ten jest obojętny, albo słabo alkaliczny. Kw. solny nawet po czasie trawienia w małéj tylko ilości się wydziela, niewystarczającéj do zupełnéj peptonizacyi białka. Jądra ciałek wypocinowych zaledwie gdzieniegdzie spostrzegać się dają. Okres ten przedstawia stan chorobowy zwany *insufficientia secretionis*. Objawy podmiotowe, dawniéj bardzo dolegliwe, zwalniają się, albo zupełnie ustępują, chorzy uważają się za wyleczonych.

5. Niedowład wydzielniczy postępując prawdopodobnie stopniowo ze zmianą anatomiczną w błonie śluzowéj, dochodzi ostatecznie aż do zupełnego zniesienia kw. solnego, a na miejscu tegoż znajduje się w żołądku czczym mała ilość cieczy śluzowéj alkalicznéj. Również i podczas trawienia ani śladu kw. solnego w treści żołądkowéj wykazać nie można. Treść zaś nawet z kw. solnym słabo tylko, albo wcale nie trawi. Mamy tu zatém zupełny prawdopodobnie nieuleczalny zanik narządu wydzielniczego w błonie śluzowéj. Dolegliwości podmiotowe są tu zwykle miernego natężenia, ale ciągłe. Okres ten, ostatni z rzędu, można nazwać nieżytem śluzowym czyli *catarrhus mucosus*, który napotyka się najczęściéj w wieku późniejszym i w przeważnéj części przypadków nowotworu rakowego.

Dla rozpoznania ważną jest rzeczą wiedzieć, z którym okresem chorobowym mamy do czynienia. W tym kierunku podałem dokładne wyjaśnienia w *Wiener med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 49—52. Poznanie okresu chorobowego wpływa bowiem na rokowanie i sposób leczenia. Najtrudniéj rozstrzygnąć niekiedy czy ma się rzeczywiście do czynienia z okresem niedowładu wydzielniczego, gdyż wyniki badania w tym okresie są łudząco podobne do stanu prawidłowego, w którym wykazaliśmy (Gluziński i Jaworski. Odczyt z IV Zjazdu w Poznaniu, 1884, 2/VI) słabo rozwinięty chemizm trawienia. W tym względzie należy zważać na wywiady: Dawniéj istniejące przypadłości żołądkowe wysokiego stopnia, jak bóle, palenie, zgaga, żarłoczność, pragnienie, nieznoszenie pokarmów twardych, napojów kwaśnych i wyskokowych; obecnie zmniejszenie się tych objawów przemawia, że był dawniéj okres *gastrorrhoe acida*, obecnie zaś przechodzi, w razie wykazania zmniejszenia chemizmu trawienia, w stan niedowładu wydzielniczego, zwłaszcza jeżeli można wybadać równocześnie niedowład wydzielniczy. W braku powyższych oznak należy taki przypadek uważać prawdopodobnie jako polegający na tle nerwowym.

Co się tyczy kwestyi terapii, to spostrzegłem w przypadkach badanych, że tylko w tych zmniejszały się i ustawały przypady gastryczne, w których zmniejszyło się przedtém nadmiarowe wydzielanie kwaśne błony śluzowéj. Jestem więc zdania, że terapija sprowadziła tutaj z nieżytu kwaśnego (sub 3), w krótkim czasie niedowład wydzielniczy (sub 4), który sam przez się po dłuższém trwaniu byłby się wytworzył. Nie zaprzeczam wprawdzie możliwości powrotu błony śluzowéj w pewnych okresach (sub 1 i 2) przez zabiegi terapeutyczne do stanu prawidłowego, lecz dotychczasowa obserwacyja moja, przemawia raczéj za tém, że w przeważnéj części przypadków błona śluzowa żołądka nie przychodzi już do prawidłowego stanu, lecz do tego, który odpowiada niedowładowi wydzielniczemu (*insufficientia secretionis acida*) i jest przedostatnim okresem całéj sprawy chorobowéj. Przez nieodpowiednie lekowanie może lekarz łatwo sprowadzić nawet okres ostatni (zanik wydzielniczy) i tym sposobem choremu niepowetowaną szkodę wyrządzić. Wynika więc ztąd, że lecząc zboczenia wydzielnicze żołądka, należy od czasu do czasu przebieg leczenia kontrolować, czyli też wydzielanie soku żo-

łądkowego się wzmaga czyli opada, i do jakiego ono stopnia kwasoty doszło, aby w należytym czasie leczenie przerwać. Dotychczas praktykowane kierowanie się objawami podmiotowemi jest zupełnie niepewne.

VI. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. Dr. Weichselbaum: **Etyjologija i zmiany patologiczno-anatomiczne spraw ostrych zapalnych w płucach.** *(Wien. med. Wochenschrift)*.

Od niedawna dopiero utrwaloną została nauka o zapaleniu płuc włóknikowém ze względu na etyjologiję, objawy kliniczne i zmiany anatomiczne. Szczególnie co do etyjologii, długo utrzymywało się przekonanie, że zapalenie płuc włóknikowe polega jedynie na zaziębieniu i dopiero szkoła wiedeńska, a na jéj czele Skoda, jeszcze przed Jürgensenem, domniemywała się wpływów miasmatycznych, zakaźnych. Zawsze atoli pierwszy Jürgensen, opierając się na przebiegu klinicznym, ze wszelką stanowczością zaliczył zapalenie płuc włóknikowe do chorób zakaźnych. I dziwną zaiste jest rzeczą, dla czego na myśl tę nie natrafił anatom patologiczny, skoro obraz sekcyjny u zmarłych na zapalenie płuc włóknikowe odpowiadał zawsze objawom choroby zakaźnéj, które nie dozwalają przypuszczać, aby sprawa ta była sprawą miejscową, w płucach się toczącą. Pierwszy Klebs i Eberth uczynili wzmiankę o kokach przy zapaleniu płuc włóknikowém; następnie Koch odtworzył łańcuszkowate koki fotogramami (*Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte* Bd. I) nadmieniając przytém, że koki te podobnie jak przy róży, znajdują się tylko w przybrzeżnych częściach, naokoło miąższu płucnego zapaleniem włóknikowém zajętego. Friedländer dnia 15 listopada 1883 r. postąpił daléj podając, że koki, wywołujące zapalenie płuc włóknikowe różnią się od innych przez charakterystyczną osłonkę lub torebkę, jakotéż hodowlę i zaraźliwość. Według Friedländera koki te są kształtu okrągłego lub eliptycznego a kultury ich w żelatynie przybierają formę gwoździ. Przy przeszczepianiu ich na zwierzęta, króliki zachowywały się odpornie; myszy zaś, którym hodowle wstrzyknięto do jamy brzusznéj, zdychały w przeciągu 1—2 dni wśród objawów obustronnego zapalenia opłucny, ognisk zapalnych w płucach i obrzęku ostrego śledziony. W wypocinie zapalnéj i we krwi znachodziły się naówczas te same mikroorganizmy co i w hodowli, ale z wybitną otoczką. Morskie świnki w połowie okazywały odporność a na 5 psów jeden dostał zapalenia płuc i opłucny włóknikowego.

Wkrótce po ukazaniu się pracy Friedländera rozpoczął autor poszukiwania swe w zakresie zapalenia płuc włóknikowego i zajmował się tym tematem przez półtrzecia roku. Już w pierwszych przypadkach z łatwością udało mu się przekonać, że w plwocinie włóknikowéj płuc brak koków z otoczką, jak również że koki te inaczéj zachowują się w hodowli. Ufny w podanie Friedländera, że koki przez niego wykryte bardzo dobrze rozrastają się w żelatynie, używał i do swoich kultur żelatyny, ale zawsze z ujemnym wynikiem, pomimo, że w cieczy płucnéj można było pod drobnowidem wykazać mnóstwo koków z wybitną otoczką a proces zapalny był świeży, bo w 4—5 dniu trwania. Na mocy doświadczeń swych przyszedł autor do przekonania, że hodowle ich nie udają się wśród temperatury pokojowéj i na żelatynie. Dla tego też w następnych używał nie tylko żelatyny lecz i agaru; epruwetki z agarem wstawiał do ciepłéj wylęgarni, a wtedy wynik był dodatni.

Okoliczności te naprowadziły autora na myśl, że oprócz rodzaju koków Friedländera muszą istnieć i inne przy zapaleniu włóknikowém płuc, w czém też w ciągu półtrzecioletniéj pracy mógł się upewnić.

W tymże czasie również i inni autorowie zajmowali się tym samym tematem. I tak np. na krótki czas przed wystąpieniem Friedländera nadmienił Talamon, iż pod mikroskopem widział w 25 przypadkach, badając ciecz płuca dotkniętego sprawą zapalną włóknikową, koki lancetowate, z których jednak tylko jednę czystą hodowlę otrzymał. Również w jednym przypadku udało mu się otrzymać czystą kulturę, skoro za pomocą strzykawki Prawaza osiągnął ciecz u człowieka żyjącego, dotkniętego zapaleniem płuc. Ciecz tę wstrzykiwał morskim świnkom, psom i królikom, ale tylko ostatnie okazywały reakcyję, a przy sekcyi można było skonstatować zapalenie opłucny i osierdzia, a niekiedy i zapalenie płuc. W 2 przypadkach zapaleń płuc komplikowanych z zapaleniem opłucnéj, śródsierdzia i osierdzia osiągnął z wypociny za pomocą strzykawki Prawaza otrzymanéj hodowlę innych koków, które różniły się od poprzednich przez ułożenie łańcuszkowate, a które wstrzyknięte nie mniéj te same zmiany wywoływały w płucach królików. Talamon nie oświadczył jednak stanowczo, czy koki te przedstawiają się jako odrębna postać, czy téż stanowią tylko postać przejściową rozwojową koków lancetowatych, a tém samém nie oświadczył st nowczo, czy przyczyną zapalenia włóknikowego płuc jest jeden przyrzut czy więcéj. Emmerich na mocy spostrzeżeń swych dokonanych w zakładzie karnym w Amberg, gdzie od r. 1857 pojawiły się liczne przypadki zapalenia płuc wspomina między innemi o chorobach zbliżonych bardzo do Friedländerowskich. Na trzecim kongresie medycyny wewnętrznéj w r. 1884, skoro zawiązała się dyskusyja o zapaleniu płuc włóknikowém, między Jürgensenem a Fränklem, tenże ostatni podał do wiadomości, że już r. 1883 otrzymał na skrzepłéj surowicy krwi, używając cieczy wypocinowéj z płuca dotkniętego zapaleniem płuc włóknikowém, kulturę składającą się wyłącznie z koków wrzecionowatych, a któréj wstrzyknięcie w przeciwstawieniu Friedländera zawsze bardzo skuteczną się okazało u królików. W dalszym 2 i 3 przypadku kultury przedstawiały to samo wejrzenie w jednym jednak przebieg nie odniosło żadnego skutku, w drugim zaś tylko wywołała przemijającą gorączkę a nigdy śmierci. W 3 przypadku kultura w początkowym rozwoju na żelatynie przybierała wejrzenie podobne do gwoździ, co jednak późniéj ustąpiło. Fränkel doszedł wreszcie do wniosku, że koki w zapaleniu płuc niekiedy nie działają na króliki, a gwoździowaty ich rozwój nie jest stały.

W ostatniéj swéj pracy, która pod koniec doświadczeń autora wyszła, wspomina Fränkel, iż we wszystkich 4 przypadkach zapalenia płuc włóknikowego, a zalicza do nich i 3 powyższe, napotykał ten sam rodzaj mikroorganizmów tj. koki wrzecionowate i lancetowate i że z nich otrzymał czyste hodowle. Hodowla w 4 przypadku odpowiadała w zupełności tak co do rozwoju, jak i własności patogenicznych pierwszéj. Obie tworzyły na skrzepłéj surowicy z krwi bydlęcéj wołowéj pokład śluzowy, szarobiały, prawie przeźroczysty i rozwijają się na żelatynie dopiero w ciepłocie 27°. Po wstrzyknięciu ich zdechały króliki w przeciągu 24—48 godzin, a przy sekcyi znaleziono albo jedynie tylko

obrzęk ostry śledziony i liczne diplokoki we krwi bez innych zmian, lub jeśli wstrzyknięto do płuc, oprócz zmian powyższych i wypocinę włóknikową na opłucny, osierdziu z ogniskami zapalnemi w płucach lub bez nich. Podobnież oddziaływały myszy podczas gdy świnki morskie często, a psy, gołębie, kury zawsze okazywały się odpornemi. W téj samej pracy zajmuje się Fränkel także i septycemiją, wywołaną przez plwociny, procesem patologicznym, który wywoływali Pasteur i Sternberg przez podskórne wstrzyknięcie śliny królikom, a Griffini, Cambria i Klein przez przeszczepienie plwocin z osób dotkniętych zapaleniem płuc, a przy którym znajdowały się stale we krwi diplokoki z otoczką. Plwociny rdzawe przy zapaleniu płuc się znachodzące działają bardzo skutecznie prawie zawsze. — Z doświadczeń Fränkla wynika, że rodzaj koków wywolujący septycemiję plwocinową, znajduje się i w ślinie zdrowych ludzi, ale w ślinie osoby dotkniętéj zapaleniem płuc włóknikowém w potrójnéj ilości i aczkolwiek Fränkel stanowczo nie oświadcza się za identycznością koków wywołujących plwocinową septycemiję, a zapalenie włóknikowe płuc, toć jednak uważa to za bardzo prawdopodobne.

Na podstawie 6 przypadków zapalenia włóknikowego płuc, w których otrzymał czyste hodowle, zgadzające się ze sobą co do wejrzenia i rozwoju twierdzi, iż koki przez niego wykryte wywołują powyższą sprawę patologiczną a powątpiewa, czy diplokoki Friedländera stoją z nią w jakimkolwiek związku etyjologicznym. Co się tyczy kultur Friedländera, to takowe mieli otrzymać i Afanassief, Dreschfeld, Foa, Rattone, R. Paltauf i inni przy zapaleniu płuc włóknikowém.

Ze względu na naukę o mikroorganizmach, bakteryjologiję, mamy 2 przeciwników; z jednéj strony Fränkel, który uznaje swoje lancetowate koki za stanowczą przyczynę zapalenia płuc włóknikowego i powątpiewa o patogenicznem znaczeniu koków Friedländera, z drugiej strony Friedländer, który znów przy swoich obstaje z zastrzeżeniem, że prawdopodobnie i inne czynniki tenże proces chorobowy wywołują.

I klinicyści ze względu zapatrywania się na etyjologiję zapalenia płuc włóknikowego dzielą się na dwa obozy. Jednych reprezentuje Jürgensen, który obstaje za charakterem zakaźnym i jednością jadu zapalenia włóknikowego płuc, podczas gdy drudzy przyjmują 2 postacie zapalenia włóknikowego płuc mianowicie raz jako chorobę zakaźną, drugi raz skutkiem zaziębienia powstałą. (C. d. n.)

Chirurgija.

Dr. Baštýř: **Przyczynek do patologii próchnicy zębów oraz krytyka nowéj jéj teoryi.**

W 3cim zeszycie czasopisma *Vierteljschft f. Zahnheilk.* umieścił Dr. Ed. Nessel, docent czeskiego Uniw. w Pradze, rozprawę pod tyt: „*Caries der Zähne*", w któréj przypisuje pulpie zęba ważną rolę przy rozwoju próchnicy, przez co zbliża się w pojęciach swoich o rozwoju téj choroby do T. Bella, Neumana i Hertza.— Dr. B. zbija w powyższéj pracy wszystkie poglądy swego kolegi i wykazuje, iż wszystkie jego spostrzeżenia, za nowe uważane, polegają na błędzie. Nie podobna bowiem zgodzić się z Dr. N. na twierdzenie, jakoby pulpa z chwilą zamknięcia korzeni, tj. we 2—3 lata po wykłuciu się zęba z dziąseł, nie wywierała żadnego wpływu na budowę histologiczną jego ścian, ale odtąd pośredniczyła w jego wstecznem przeobrażeniu i to w ten sposób, iż nadmiar soli wapniowych krążących w organizmie, osadza się za pośrednictwem pulpy albo w postaci warstw rozlanych, wyścielających całą jamę pulpy, (któreto warstwy uważają inni autorowie jako zębowinę pierwotną), albo w postaci zębowiny (*Ersatzdentin*), albo nareszcie jako t. zw. zębiaki (*Dentikel*). Te ostatnie mają nawet podług N. tylko w pewnym ściśle oznaczonym wieku powstawać, nie pierwéj jak około 35 roku życia w zębach wolnych od próchnicy, w zębach zaś zajętych tą chorobą nieco wcześniéj. Temu twierdzeniu słusznie zaprzecza B., podnosząc codziennem doświadczeniem stwierdzony fakt, iż zębiaki częstokroć u indywiduów młodych, przed ukończonem kostnieniem szkieletu, kiedy zatem we krwi prędzéj niedostatku jak nadmiaru soli wapniowych spodziewać się należy, występują.

Ze względu na przebieg próchnicy sprzeciwia się B. stanowczo spostrzeżeniom N., które tenże jako dotychczas zupełnie nieznane podnosi mianowicie, iż „próchnica w zębach młodszych pod względem swego rozwoju okazuje zawsze przebieg ostry, w zębach zaś starszych chroniczny". Przebieg ten ma być ściśle zależnym od żywotności pulpy. Tymczasem codzienne doświadczenie uczy, iż bardzo często rzecz się ma przeciwnie, że np. ostrą próchnicę znaleźć można w zębach, które się późnéj doczekały starości, w których zatem pulpa okazuje się mało żywotną a nawet jest w stanie zaniku.

W ustępie o rozszerzaniu się próchnicy podaje N. dwa następujące twierdzenia:

1) Próchnica w pewnym okresie czasu rozszerza się typowo;

2) Dąży ona do silniéj rozwiniętego rogu pulpy, któremu odpowiada silniéj rozwinięty guzik korony.—Twierdzenia te stara się N. poprzeć całym szeregiem spostrzeżeń, mających na celu wykazać, iż próchnica polega pierwotnie na zakłóceniu odżywienia w granicach jednego obwodu naczyniowego pulpy, przechodząc następnie na sąsiednie części. Że tak jest w istocie, znajduje N. na ścianie jamy pulpy, w miejscu odpowiadającem ubytkowi na powierzchni zęba pewne zmiany i to już w tym okresie, kiedy ubytek w emalii dochodzi zaledwie wielkości główki od szpilki! — Na 326 próchnicą zajętych trzonowych zębach wykazuje B., iż spostrzeżenia N. co do typowości rozszerzającéj się próchnicy i w związku z nią będących pojedynczych lub podwójnych otworach korzeni, są nieprawdziwe i polegają na błędzie. Badanie jednak tak znacznéj ilości zębów skierowało uwagę autora na bardzo ważne w sprawie etyjologii próchnicy pytanie, dla czego w pewnych miejscach korony zęba choroba ta częściéj, jak w innych występuje. B. potwierdza w zupełności spostrzeżenia Arthura, iż kąt powstający na około punktów zetknięcia dwóch sąsiadujących zębów, w których gromadzą się istoty organiczne łatwo rozkładowi ulegające, jest miejscem, w którém zwykle niepostrzeżenie próchnica się rozpoczyna. Kąt ten w zębach policzkowych (trzonowych małych) przypada albo w środek powierzchni bocznych, jeżeli guzik policzkowy i językowy są jednakowo rozwinięte, albo też odpowiada on guzikom policzkowym, jeżeli takowe — jak zwykle bywa — są silniejsze od językowych. W pierwszym przeto razie próchnica rozszerzać się będzie jednostajnie ku obu guzikom, w drugim zajmie guziki policzkowe, niezależnie od obwodów naczyniowych Nessela, które tenże autor w pulpie przypuszcza. W zębach trzonowych, dużych górnych, z powodu ich schodkowatego ku tyłowi ustawienia, znajduje się na ścianie dośrodkowéj ów kąt Baštýřa w miejscu odpo-

wiadającym korzeniowi dośrodkowo-policzkowemu [1]), na ścianie ośrodkowéj zaś odpowiada korzeniowi podniebieniowemu: w tych tedy punktach próchnica zwykle ma swój początek. Zmiany, które N. na ścianach jamy pulpy już w pierwszych początkach próchnicy znajduje, uważa B. zgodnie z innymi autorami, jako świeże warstwy zastępczéj zębowiny (*Ersatzdentin*). Ostatecznie przyznaje B., iż trudno przypuścić, aby w żywym zębie próchnica bez reakcyi ze strony żywéj pulpy się rozwijała, reakcyi téj jednak badania Nessela wcale nie wykazują.

Powyższéj krytyki Baštýřa nie zostawi prawdopodobnie Nessel bez repliki: czekajmy, w jaki sposób zechce się utrzymać przy swych twierdzeniach! (Odbitka z *Oest. ung. Vierteljahrschrift für Zahlheilkunde*). IV zeszyt, październik 1886, II rocznik). *Dr. Szymkiewicz.*

John S. Miller. **Ulepszony trójgraniec do przekłucia brzucha.** Ażeby zapobiedz częstemu zatkaniu rurki przez jelito lub krezkę podczas przekłucia brzucha, w którym to przypadku dopiero przez zmianę położenia chorego lub wprowadzenie zgłębnika można usunąć przeszkodę, sporządził autor trójgraniec, w którego rurkę wprowadza się drugą dłuższą zaopatrzoną na końcu dwoma oknami; okna te otwierają się za pomocą sprężyny. Rurkę tę wewnętrzną wprowadzić można także do każdego trójgrańca odpowiadającego Nrowi 16 skali francuskiéj. Autor podaje dokładny rysunek przyrządu. (*Annals of Surgery* Nov. 1886) *Dr. Bar ącz.*

Edmund J. Penny. **Przypadek śmiertelnego krwotoku do jamy brzusznéj podczas miesiączkowania.** Penny przywołany do 27 letniéj kobiety, cieszącéj się dotąd zupełném zdrowiem, matki 2ga dzieci zastał ją konającą. Dnia poprzedniego o godz. 7 wieczorem, dostała silnych bolów w okolicy żołądka, które odnosiła do miesiączki, bóle zwiększały się stopniowo, powstał bezdech, a na drugi dzień o godz. 3 popołudniu nastąpiła śmierć. Sekcyja wykazała: narządy klatki piersiowéj zdrowe, w jamie brzusznéj po stronie prawéj krew płynną i nawpół skrzeplą, a w jamie biodrowéj twarde skrzepy krwi. Po oczyszczeniu jamy biodrowéj, okazał się mocno przylegający skrzep do zewnętrznéj części prawego jajnika; 2 pęcherzyki Graafa były pęknięte, do jednego z nich przylegało jajo; w sąsiedztwie liczne naczynia były mocno porozszerzane, jedno zaś do którego przylegał twardy skrzep, było pękniętém. (*Annals of Surgery* Nov. 1886). *Dr. Barącz.*

Zielewicz. **Włókniak torbielowy (Cysto fibroma) wargi większéj ważący 2965 grm. powikłany ciążą.** Autor rozróżnia klinicznie dwie postacie włókniaków warg większych, w pierwszéj obrzęk zawdzięcza swoje powstanie i rozwój tkance łącznéj warg większych, rośnie w kierunku na zewnątrz i ma szypułkę. W drugiéj ważniejszéj postaci obrzęk ma początek głębszy w powięzi biodrowéj albo w okostnéj miednicy, albo w obu; ma wtedy széroką szypułkę i kształt bardziej okrągły.

Przypadek Zielewicza dotyczył 31 letniéj wieloródki, przedtém zupełnie zdrowéj, u któréj przed dwoma laty, tj. bezpośrednio po ostatnim porodzie powstać miał mały guz na wardze sromnéj większéj. Guz ten zwiększał się ciągle, stał się bolesnym i uczynił chorą niezdolną do pracy, a od roku chora nie mogła stać. Przed 8 miesiącami chora zaszła w ciążę. Badanie wykazało znaczny kulisty obrzęk 59 cm. obwodu mający, o nierównéj powierzchni, przed wejściem do pochwy umieszczony. Obrzęk był twardym, jednak sprężystym, a na lewéj jego stronie znajdowały się liczne torbiele chelboczące. Obie wargi lewe gubiły się w guzie, prawe były prawidłowe. Wejście do pochwy było tak przesuniętém, że dwa palce z trudnością można było wprowadzić do pochwy. Ujście cewki moczowéj było wypartém ku stronie lewéj, przytém znaczny *prolapsus recti*. Obrzęk był nieruchomym. Ciąża w 8 miesiącu. Zdecydowano się na wyłuszczenie. Zanim je wykonano, chora dostała dreszczów, tony sercowe płodu znikły i w nocy przed operacyją, chora urodziła nie żywe dziecko. W 16 dni późniéj dopiéro wykonano operacyję. Poprowadzono cięcie w okolicy guza, odpowiadającéj lewéj wardze i łatwo odzielono nożem guz od powięzi biodrowéj (*fascia pelvis*). Znaczną ranę zespojono o ile to było możliwém szwami, a uszkodzenie przytém pochwy drogą plastyki usunięto. Przypadkowo nacięto odbytnicę podczas operacyi na długości 2 cm. Zespojono otwór ten katgutem bez złych następstw. Założono opatrunek z jodoformu i gazy sublimatowéj i wprowadzono cewnik w celu zapobieżenia zanieczyszczeniu opatrunku moczem. Operacyja trwała godzinę, przebieg był korzystnym z wyjątkiem pierwszych czterech dni, w których chora miała silną gorączkę, w 3 tygodnie późniéj chora dostala zapalenia opłucny; chora opuściła szpital zupełnie uleczona w dwa miesiące po przyjęciu jéj i odzyskała władzę w odnogach dolnych. Obrzęk ważący 2965 Grm. był włókniakiem bardzo unaczynionym (rzadka postać). Zweifel w dziele swojém o chorobach części płciowych zewnętrznych żeńskich, wydaném 1885 r. odwołuje się do twierdzenia Kiwischa, podając tylko, że obrzęki podobne pojawić się mogą. (*Deutsch. med. Woch.* Nr. 24, 1886 także *Annals of Surgery* Novemb. 1886). *Dr. Barącz.*

J. R. Chadwick. **Przypadek, w którym pochwa przedstawiała włosowaty kanał, wyleczenie w ciągu, którego wytworzyła się przetoka żołądkowopochwowa; wyleczenie téj ostatniéj.** Zamężna 16 letnia kobieta, miała zamiast pochwy, włosowaty kanał prowadzący od ślepego woreczka tuż za wargami mniejszemi $3^1/_4$ cala głęboko sięgający a prowadzący do prawidłowéj macicy; za pomocą kleszczy i palca przedarto kanał ten i za pomocą szklanego tamponu wytworzono dostateczną pochwę. Podczas leczenia powstał u choréj olbrzymi ropień sięgający od wzgórka łonowego aż po żebra; ropień ten przebił do górnéj części jelita (gdzie przyp. sprawozd.?). Chora miała być bardzo żarłoczną. Ropień aspirowano najpierw przez powłoki brzuszne, a następnie przez szczyt sztucznéj pochwy. W celu zapewnienia odpływu ropy, pozostawiono w ostatnim otworze po przekłuciu rurką trójgrańca ale gdy ta choréj zawadzała, chciano zastąpić takową kateterem Nélatona; gdy to jednak było bezowocném, wbito następnie forsownie powtórnie trójgraniec do obrzęku, pozostawiając rurkę zatkaną korkiem. Po usunięciu korka dnia następnego charakterystyczna treść żołądkowa pokazała się w wydzielinie w znacznéj ilości i przekonano się, że trójgraniec dostał się przez ropień do olbrzymio rozdętego żołądka, przezco wytworzyła się przetoka żołądkowopochwowa utrzymująca się przez 3 dni po usunięciu rurki, je-

[1]) Dla wyjaśnienia téj nazwy pozwolę sobie namienić, iż boczne ściany (lub brzegi) zębów oznaczają się nazwami: *mesial* i *distal*, z których pierwsza oznacza ścianę (wzgl. brzeg) skierowaną ku płaszczyźnie środkowéj ciała, druga zaś ścianę od téjże pł. odwróconą. W polskiém tłomaczę te wyrażenia przez „dośrodkowy i odśrodkowy". Dwie inne ściany zęba są: policzkowa (wzgl. wargowa) i podniebieniowa (wzgl. językowa). Z tego powodu w zębach trzonowych dużych górnych nazywam korzeń, odpowiadający ścianie podniebieniowéj korony: podniebieniowym, dwa zaś korzenie, odpowiadające ścianie policzkowéj: dośrodkowo- i odśrodkowo-policzkowym.

dnak bez niekorzystnych następstw dla chorej, która zupełnie wyzdrowiała. (*Boston Med. and Surg. Journ.* 1886 June 3). *Dr. Barącz.*

J. Homans. **Usunięcie zwłok płodu za pomocą laparotomii w przypadku ciąży pozamacicznej trwającej 7 lat.** Kobieta 35 lat licząca, przebyła wszystkie okresy ciąży rozpoznanej jako pozamaciczna bez porodu. Po upływie przeszło roku ciąży, zdrowie chorej polepszyło się o tyle, że mogła oddawać się zwykłym zatrudnieniom domowym, co też miało miejsce przez 6 lat następnych, pomimo pozostałej znacznej objętości brzucha, chora przytém miewała miesiączkę nie zaszła jednak w ciążę. Po upływie tego okresu zaczęła doznawać silnego bólu w brzuchu; natrafiono na obrzęk utworzony przez nagromadzony kał, który usunięto, w lewéj jednak okolicy podżebrowéj i biodrowéj pozostał twardy obrzęk, z którego za pomocą aspiracyi wydobyto płyn olejny i do ropy podobny. Rozpoznano torbiel skórzakowy lewego jajnika i zaproponowano wycięcie jajnika. Przy operacyi natrafiono na torbiel jajnikowy, który wypróżniono, ale po wypróżnieniu go, pod nim prawie w linii środkowéj, znajdował się drugi torbiel, wielkości głowy dorosłego mężczyzny; błona pokrywająca ten torbiel przechodziła na otrzewnę jelit i pęcherza. Zawierał on płyn, w którym był zawieszona miazga tłuszczowa ziarnista, a oprócz tego wszystkie kości donoszonego płodu. Oczyszczono dokładnie ten torbiel i jamę brzuszną a ściany torbiela przyszyto do skóry cięcia w powłokach brzusznych i wprowadzono dren. Chora umarła jednak w 4 godziny po operacyi. (*Boston Med. and Surg. Journ.* May 20, 1886). *Dr. Barącz.*

A. H. N. Lewers. **Przypadek ropnia miednicy o niezwykłém umiejscowieniu podobny do miękkiego włókniaka macicy.** 37 letnia kobieta która przebyła 9 porodów i 3 poronienia, odbyła przed 4 tygodniami przed wstąpieniem do London Hospital, poród prawidłowy powiklany tylko obfitym krwotokiem. W 10 dni po porodzie, chora opuściła łóżko i zauważyła obrzęk w brzuchu, ale czując ból w podżebrzu zmuszoną była znowu położyć się do łóżka. Gładki, sprężysty i niebolesny obrzęk wychodzący z miednicy a sięgający do pępka, można było wyczuć u chorej odgłos wypukowy nad nim był stłumiony, a obrzęk był rozmieszczony symmetrycznie. Po wypuszczeniu moczu, w narkozie za pomocą eteru można było wyczuć guz przed szyją macicy umieszczony spychający przednie sklepienie. Przy skombinowaném badaniu przekonano się że guz ostatni przechodził w pierwéj opisany sięgający do okolicy podżebrowéj. Macica była ruchomą, a obrzęk był poruszalny z macicą. Dna macicy nie można było wyczuć, sonda wchodziła do niéj na $3\frac{1}{2}$ cala. Rozpoznano z prawdopodobieństwem miękki włókniak. Obrzęk aspirowano następnie przez powłoki brzuszne w środku między pępkiem a wzgórkiem łonowym przyczém wypuszczono kwartę mocno cuchnącéj ropy, a obrzęk zupełnie znikł. Ropień ten wypełnił się znowu i otwarto go przy zachowaniu ostrożności antyseptyki. Chora wyzdrowiała. (*Lancet* 1886 3 Marca). *Dr. Barącz.*

D. G. Zesas: **O wyłuszczeuiu torebki stawowéj na tylnéj ścianie stawu kolanowego.** W przypadkach gruźliczego cierpienia stawu kolanowego, w których tylna ściana torebki stawowéj jest zajętą, gdzie, jak wiadomo, wydalenie istoty grzybowatéj jest rzeczą ważną, radzi autor odpreparować naczynia tak daleko, jak masa grzybowata sięga, odciągać je haczykami aż cała masa grzygowata zostanie wyciętą. W przypadkach zaniedbanych należy dosięgnąć naczynia od strony dołka podkolanowego i odciągnąć je tą drogą. *Originalmittheilung, Centralbl. f. Chirurg. 1886 Nr. 28.* *Dr. Barącz.*

M. Notta. **Złamanie sklepienia czaszki w następstwie urazu kości ciemieniowéj u dziecka czteromiesięcznego. Brak uszkodzenia skóry czaszki. Meningitis traumatica. Śmierć** W 5 dni po upadnięciu na podłogę z wysokości 75 cm. dziecko zaczęło wymiotować, silnie krzyczeć i dostało drgawek osobliwie prawéj górnéj odnogi. Autopsyja stwierdziła pokład żółty ropny, powlekający całą niemal lewą półkulę mózgu i z trudnością odkryto złamanie lewéj kości ciemieniowéj, bez przesunięcia jednak odłamków, przebiegające skośnie ku górze i tyłowi (ku szwu strzałkowemu). Rzadkość podobnych przypadków odnieść należy do sprężystości kości czaszki u dzieci. Im młodsze dziecko, tém trudniejsze rozpoznanie podobnych uszkodzeń. Złamanie sklepienia czaszki nie wywołując często z początku żadnych groźnych objawów, może w przeciągu kilku dni zakończyć się ostrém zapaleniem błon mózgowych z zejściem śmiertelném. (*Le Progr. Med.* 1886 13/2) *Dr. Barącz.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Sekcyja lwowska

V zwyczajne posiedzenie z dnia 1go maja 1886.

Obecni: Prezes Dr. Merunowicz i członków 31.

1) Kol. sekretarz odczytuje protokół z IV posiedzenia naukowego Sekcyi, który przyjęto.

2) Przewodniczący oznajmia, że dwaj lekarze lwowscy, członkowie Sekcyi, a mianowicie Dr. Berthleff i Dr. Longchamps obchodzą 50-letni jubileusz doktorski, wnosi więc, aby członkowie Sekcyi uczcili jubilatów adresem, poczém wspólnie z Komitetem obywatelskim ma być dany bankiet na cześć jubilatów, w którym członkowie Sekcyi mogą wziąść udział. Wnioski przyjęto.

Następnie na wezwanie Przewodniczącego podpisywano petycyję w sprawach podwyższenia i zmiany taks sądowolekarskich do Ministerstwa.

Nareszcie Przewodniczący przemawia w sprawie zakładania lecznic, nad czém rozwinęła się dyskusyja obszerna i żywa, lecz nie powzięto żadnych uchwał.

Z porządku dziennego przedstawił kol. Barącz dwóch chorych, a mianowicie:

1) Chorego z wrodzoną szparą podniebienia miękkiego, sięgającą do brzegu podniebienia twardego; na chorym tym wykonał staphylorafiję. Kol. B. uważa że usprawiedliwioném jest przedstawienie tego chorego, już ze względu na rzadkość cierpienia i podobnéj operacyi, jakoteż ze względu na zmieniony sposób operowania, wreszcie ze względu na korzystny wynik pod względem zagojenia się *per primam.* W 2 przypadkach obserwowanych przez kol. B. rozeszły się brzegi rany. Następnie kol. B. podaje krótką historyję téj operacyi.

Pierwsze podania o téj operacyi datują się od r. 1766, w którym dentysta francuski Lemmonieuz zeszył szparę w podniebieniu miękkiém i twardém po odświeżeniu brzegów i zamknął otwór w podniebieniu twardém przez wywołanie ropienia brzegów.

W roku 1799 Eustache, lekarz w Beziers, zaproponował zamknąć szwami ranę w podniebieniu miękkiém, którą zadał w celu wydobycia polipa połykowego. Chory jednak nie przystał na operacyję. W 4 lata późniéj Eustache przedłożył rozprawę Akademii królewskiéj w Paryżu: o wrodzonych szparach podniebienia miękkiego i zaproponował Akademii uznanie téj operacyi.

W grudniu 1816 Graefe na posiedzeniu Tow. chirurgiczno-lekarskiego podał, że udało mu się kilkakrotnie zamknąć szparę w podniebieniu miękkiém za pomocą szwów po odświeżeniu brzegów kwasem solnym i tynkturą kantaryd. Między r. 1816 a 1820 Graefe z powodzeniem wykonał tę operacyję. W r. 1819 Roux prawdopodobnie bez wiedzy o zabiegach Graefego, po odświeżeniu skalpelem zamknął szwem szparę w podniebieniu.

Operacyja wydaje się na pozór bardzo łatwą; potrzeba tylko odświeżyć brzegi szpary i zeszyć. W praktyce jednak ope-

racyja jest trudną; części te leżą bardzo głęboko od powierzchni ciała, manipulacyje wszelkie utrudniają mimowolne ruchy połykowe, strumień krwi zalewa pole operacyjne, a założenie szwów w skutek tego jest nader trudném; daléj napięcie mięśni podniebienia jest znaczném i przeszkadza zagojeniu się rany. Aby tym niedogodnościom zapobiedz, podano różne metody: Smith starał się zmniejszyć pierwszą trudność przez wynalezienie swojego rozwieracza ust. Prof. van Buren zaproponował operować z głową zwieszoną na dół wśród znieczulenia chorego, aby zapobiedz dostaniu się krwi do tchawicy. Willam Fergusson starał się zmniejszyć napięcie przez obustronne przecięcie *M. levator palati*. Bérard ulepszył sposób zakładania szwów.

W nowszych czasach wynalazek kokainu przyczynił się do znacznego ułatwienia operacyi.

Kol. B. użył kokainu, którym udało się mu znieczulić zupełnie podniebienie na przeciąg $1\frac{1}{2}$ godziny, nie użył przytém żadnego rozwieracza. Operacyję rozpoczął od założenia szwów najprzód sposobem Bérarda, używając do tego drutu srebrnego i zwykłéj igły z długim trzonkiem. Następnie odświeżył dopiero brzegi ranne, przeciął mięśnie podniebienia, utamował krwotok i związał szwy. Kol. B. przedstawia chorego w 13 dniu po operacyi. Przez cały ten czas żył chory tylko płynami, przyczém przed i po spożyciu każdego pokarmu ranę przestrzykiwano karbolem lub roztworem *Kali hypermanganicum*.

Dziś kol. B. donosi, że osiągnął znaczne korzyści z operacyi, chory bowiem wymawia zgłoski przedtém niewymawiane i łatwo zrozumieć można jego mowę. Przytém pokarmy nie zatrzymują mu się w szparze, jak to miało miejsce przedtém.

2) Drugi chory, 21 lat liczący litograf, przedstawia pozorne przedłużenie odnogi dolnéj lewéj. Początek choroby zauważył już przed $2\frac{1}{2}$ laty, od którego to czasu cierpiał od czasu do czasu strzykania w kolanie lewém, nadto użala się na rychłe nużenie się odnogi dolnéj lewéj, które chory odnosi do przedłużenia odnogi. Badanie wykazuje wymiary długości odnogi prawidłowe, wyższe jednak ustawienie przedniego górnego kolca kości biodrowéj po stronie lewéj. Bliższe badanie kręgosłupa wykazuje bardzo nieznaczną skoliozę w części piersiowéj kręgosłupa ku stronie lewéj i nieznaczne zapadnięcie klatki piersiowéj po stronie prawéj, co nam tłumaczy wyższe ustawienie przedniego górnego kolca kości biodrowéj po stronie lewéj. Niezależnie od tego staw kolanowy lewy przedstawia obraz przewlekłych zmian zapalnych, za czém przemawia zgrubienie tegoż stawu, częste bóle w nim i trzeszczenie przy zginaniu.

Dyskusyję nad przedstawionemi przypadkami odłożono do następnego posiedzenia. *Dr. Wiktor.*

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Baaz: Spostrzeżenia nad przewlekłém zatruciem rtęcią.

Będąc przez pięć lat lekarzem górniczym w Idryi miał B. sposobność obserwować 500 przypadków otrucia przewlekłego rtęcią, zdarzających się bardzo często u górników i robotników zajętych około dobywania i czyszczenia rtęci. Autor ogłasza swoje spostrzeżenia powodując się dwoma względami. Przedewszystkiém zależy mu na tém, ażeby przez ogłoszenie swoich spostrzeżeń usunąć w zupełności grunt z pod nóg antimerkurialistów, gdyż sądzi, że ich błędne zapatrywania nie zostały jeszcze stanowczo uchylone. Powtóre uważa za odpowiednie zwrócić obecnie uwagę na przypady tego otrucia ze względu na okoliczność, że jeden z najdzielniejszych przetworów rtęciowych zajął w leczeniu ran przeciwgnilném stanowisko tak wybitne, iż trudno przypuścić, ażeby mógł być zastąpiony innym środkiem.

Objawy spostrzegane w téj wielkiéj kopalni, nie różnią się od zauważanych w innych fabrykach, w których się robotnicy stykają z rtęcią lub jéj przetworami, a wszystkie przypadki tutaj należące można ująć w następujące 6 grup: 1) zapalenie jamy ust; 2) owrzodzenia ust i połyku; 3) przypady ze strony żołądka i jelit; 4) rozdrażnienie *(erethismus)* 5) drżenie; 6) charlactwo. Zapalenie jamy ust zdarza się najczęściéj i nie różni się wcale od *stomakace* epidemicznie występującéj, cuchnienie z ust, smak metaliczny, wrażliwość dziąseł nader łatwo broczących, szare obwódki na tychże, oto objawy tego cierpienia. Czasem pojawiają się owrzodzenia na dziąsłach, na brzegu języka, które drążąc w głąb zagrażają zębom i okazują niekiedy pokłady błonicowe. Ślinotok uporczywy z domieszką ropy i krwi trapi zwłaszcza w nocy tych chorych. Wyleczenie następuje najczęściéj w przeciągu dni 10 wśród unikania szkodliwości. Zboczenia w dalszych częściach przewodu pokarmowego, objawiające się wymiotami, biegunką z parciem prowadzą, zwłaszcza po dłuższém trwaniu do ogólnego wyniszczenia, do nerwowéj i umysłowéj przeczulicy i do ogólnego rozdrażnienia. Stan taki wymaga do wyleczenia co najmniéj 6ciu tygodni.

Obszerniéj zastanawia się autor nad drżeniem, które porównywa z *paralysis agitans*. Ze względu na początek i szerzenie się drżenia, daléj ze względu na to, że ono bywa potęgowaném w skutek afektów, jest objaw ten podobny do sprawy chorobowéj wymienionéj, a jako przyczynę tegoż znajdował wprowadzenie do organizmu większéj ilości rtęci na raz. U robotników, którzy zapadali po kilka razy na drżenie lub rozdrażnienie, nie następowało już nigdy zupełne wyleczenie, lecz najczęściéj charlactwo, porażenie i ogłupienie. Raz tylko sprowadziło otrucie rtęcią śmierć bezpośrednio po upływie dni kilkunastu. Najczęściéj staje się owo otrucie tylko pośrednio przyczyną śmierci, którą z upodobaniem sprowadza gruźlica płuc, a u potomstwa robotników zołzy i drgawki. Wyrzutów na skórze nie spostrzegał autor w przebiegu zatruć przewlekłych, ani też ołysienia i sądzi, że te sprawy powstają jedynie przy wcieraniu szaruchy i są następstwami niewłaściwego stosowania rtęci. Stanowczo twierdzi daléj, że nigdy nie spostrzegał objawów podobnych do przebiegu kiły wtóro- lub trzeciorzędnéj, czém osłabia zarzut przeciwników rtęci (Hermann) chcących dowieść, że te objawy wywoływa rtęć, poprzednio jako lek podawana.

Obszerną pracę kończy autor uwagą, że najlepszym środkiem przeciw tym sprawom jest zapobieganie dostawaniu się rtęci do organizmu i podaje cenne wskazówki i przyczynki do higijeny zajęć. Przeciw sprawom w jamie ust stosował zwykłe płukania z kwasu borowego lub chloranu potasowego z dobrym skutkiem. W przypadkach drżenia nie przynosił jodek potasu żadnéj ulgi, a zboczenia nerwowe uważa w ogóle za nieuleczne, charłactwo wreszcie powstaje następowo już nie w skutek obecności rtęci w organizmie i jest również nieuleczne. (*W. med. Presse 1886*). *Dr. Schaitter.*

VI Zjazd międzynarodowy higijenistów i demografów odbędzie się w Wiedniu od 26 września do 1 października. Protektorat przyjął cesarzewicz Rudolf. Honorowymi prezydentami są: Ministrowie Taaffe i Gautsch, Namiestnik Possinger, marszałek krajowy Kinsky i burmistrz Uhl. Składka wynosi 10 złr. Na 2 posiedzeniach ogólnych będą tylko wykłady, na posiedzeniach sekcyjnych mogą się toczyć rozprawy. Nad czysto lekarskiemi pytaniami nie będzie głosowania.

Na mającym się odbyć Zjeździe lekarzy rosyjskich toczyć się mają rozprawy nad założyć się mającém w Petersburgu lub Moskwie centralném Muzeum lekarskiém.

W Japonii istnieje 7 czasopism lekarskich mających przeszło 13.000 prenumeratorów a 9 czasopism higijenicznych mających więcéj niż 8000 prenumeratorów i 2 dzienniki farmaceutyczne. Istnieje tam państwowy Urząd zdrowia.

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu Vgo Wydziału krajowego Sejmowi przedłożonego.

Wydatki na cele zdrowia publicznego. W roku 1882 wydał fundusz krajowy na cele zdrowia publicznego kwotę 6 84.10 złr.5 w. a. Kwota ta większą jest od kwoty budżete przeznaczonéj o 10.868 złr. w. a., mniejszą zaś od wydanéj w r. 1884, o 4.487 złr. w. a., i mniejszą od wydanéj w roku 1878 o 121.250 złr. w. a.

Ruch chorych i wydatki w naszych szpitalach. W roku 1885 mieściło się we wszystkich naszych szpitalach tak krajowych jak powiatowych i gminnych, niemniéj w zakładach dla położnic i dla obłąkanych, tudzież w szpitalach dla dzieci 3.555 łóżek, tj. o 31 więcéj niż w r. 1884 wykazano. Mianowicie przybyło we Lwowie na oddziale położnic 14 łóżek z powodu przeniesienia do gmachu głównego: w Sokalu 9, z powodu napływu chorych i w Stryju 22, które już od wybudowania nowego budynku były używane lecz dotąd niewykazane. — Niezarachowano zaś w szpitalu św. Łazarza w Krakowie 10 łóżek, używanych przez mamki, które za chore uważane być nie mogą, i w Zaleszczykach 4 łóżka, które służą do użytku posługi. Chorych leczono w ogóle 39.149, z tych w szpitalach powszechnych 34.965, w zakładach dla położnic 955, dla obłąkanych 1.291 a w szpitalach dla dzieci 2.068. Dni leczenia było: chorych 784.980, położnic 16.648, obłąkanych 195.181, dzieci 50.918, razem 1,047.727 dni. Procent uzdrowionych wynosił w ogóle 68.47, zaś zmarłych 99·93.—Mianowicie wyzdrowiało chorych 70·22%, zmarło zaś 9·18%, położnic wyzdrowiało 90·26%, zmarło 2·61%, obłąkanych wyzdrowiało 23%, zmarło 12·24% dzieci wyzdrowiało 55·60%, zmarło zaś 27·23 na sto. Cała kuracyja chorego trwała w szpitalach powszechnych 22·45 dni, w zakładach dla położnic 17·42 dni, w zakładach dla obłąkanych 151·12 dnia, w szpitalach dla dzieci 24·62 dnia, a średnio we wszystkich po 26·76 dnia. Wydatki wynosiły we wszystkich zakładach razem 708.708 zł. w. a., z których przypada na szpitale powszechne 497·651 zł., na zakłady położnic 22.582 zł., na zakłady dla obłąkanych 163·016 zł., a na szpitale dla dzieci 25·459 zł. Koszt utrzymania chorego przez całą kuracyję w zakładzie wynosił w szpitalach 14 zł. 22 ct., w zakładach położnic 23 zł. 64 ct., w zakładach dla obłąkanych 126 zł. 27 ct., w szpitalach dla dzieci 12 zł. 31 ct. Utrzymanie zaś dzienne kosztowało chorego 63·4 ct., położnicy 1 zł. 35 ct.. obłąkanego 83·5 ct., dziecka 50 ct. Żywność wraz z pieczywem i winem kosztowała średnio na dzień i osobę w szpitalach po 21·5 ct., u położnic 27·5 ct., u obłąkanych 28 9 ct., a u dzieci 25·6 ct. Leki wraz z potrzebami sanitarnemi kosztowały dziennie średnio u chorych 4·4 ct.; u położnic 4·7 ct., u obłąkanych 2·4 ct., a u dzieci 3·6 centa.

Ruch podrzutków i koszta ich utrzymania. W roku 1885 utrzymywano na rachunek naszego funduszu krajowego 186 podrzutków kosztem 9.624 złr. w. a. W szczególności we Lwowie 22 dzieci kosztem 664 złr., w Krakowie 9 dzieci kosztem 102 złr., w Pradze 9 dzieci kosztem 398 złr., w Bernie 2 dzieci kosztem 69 złr. i w Wiedniu 144 dzieci kosztem 8.391 złr.

Ryczałt roczny za leczenie dzieci w szpitalu św. Zofii we Lwowie i św. Ludwika w Krakowie. Przy uchwaleniu budżetu lwowskiego szpitala powszechnego na r. 1886 powziął Wys. Sejm na posiedzeniu z dnia 22 stycznia 1886 następującą uchwałę:

„Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby zmodyfikował istniejącą dziś umowę ze szpitalem św. Zofii w tym kierunku, iżby fundusz krajowy przyczyniał się do kosztów utrzymania szpitala św. Zofii ryczałtem w kwocie 12.000 złr. w zamian za obowiązek przyjmowania dzieci słabych, przez zarząd krajowego szpitala powszechnego wskazanych“.

Taką samą uchwałę powziął Wys. Sejm co do szpitala św. Ludwika w Krakowie i wyznaczył również roczny ryczałt 12.000 złr. za leczenie dzieci wskazanych przez zarząd szpitala św. Łazarza. (C. d. n.)

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—18 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 24,6. Z błonicy i dławca umarło 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku krztuśca, 1 płonicy. W tygodniu od 5—11 umarło z ospy: w Warszawie i w Wiedniu po 1; w Budapeszcie 44, w Rzymie 14, w Pradze, Wenecyi i Odesie po 1; w Paryżu 2, w Petersburgu 5. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 10, w Hamburgu 15, w Paryżu 31, w Londynie 16. Z odry umarło: w Berlinie 9, we Wrocławiu i Hamburgu po 7, w Paryżu 40, w Londynie 87, w Petersburgu 8. Z płonicy umarło w Kolonii 12, w Budapeszcie 13, w Chrystyjanii 8, w Londynie 16, w Odesie 18, w Petersburgu 13 Z błonicy i dławca umarło w Berlinie 36, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 16, w Hamburgu 15, w Mnichowie 10, w Wiedniu 12, w Budapeszcie 21, w Pradze 11, w Paryżu 38, w Londynie 25, w Chrystyjanii 12. Z krztuśca umarło w Londynie 19, w Kopenhadze 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 5—11 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 20,1; we Lwowie 29,4; w Brodach 38,1; w Drohobyczu 49,4; w Kołomyi 26,3; w Przemyślu 24,9; w Stanisławowie 37,9; w Tarnopolu 27,4; w Tarnowie 44,8; w Czerniowcach 31,3; w Warszawie 24,2; w Poznaniu 24,4; w Wiedniu 23,7; w Salcburgu 37,0; w Gracu 28,9; w Tryjeście 34,0; w Insbruku 14,1; w Pradze 31,5; w Ołomuńcu 16,2; w Berlinie 24,6; we Wrocławiu 27,4; w Gdańsku 27,6, w Dreźnie 26,2; w Hamburgu 34,5; w Kolonii 21,9; w Lipsku 20,8; w Mnichowie 34,5; w Strasburgu 22,8; w Amsterdamie 21,1; w Bazylei 14,7; w Brukseli 20,8; w Budapeszcie 34,7; w Chrystyjanii 25,8; w Genewie 21,6; w Kopenhadze 20,7; w Londynie 21,8; w Odesie 34,3; w Paryżu 24,7; w Petersburgu 24,9; w Rzymie 23,0; w Stokholmie 16,0; w Wenecyi 29,0; w Zurychu 16,0.

IX. Wiadomości bieżące

Kraków d. 6 stycznia. W ubiegłym roku śmierć obfite zebrała żniwo w pośród mężów poświęcających się naukom lekarskim. Higijena najdotkliwsze poniosła straty, straciwszy mężów, którzy naukę tę na dzisiejsze jéj stanowisko wznieść dopomogli, takich jak prof. Bouchardat, Varrentrapp i piękne rokujący nadzieje proff. Zuber i Nowak. Prócz nich zmarli fizycy miejscy Boner, Chamisso, Hesky ref. spraw lek. Fradeneck, Tedesco, radca lek. Frank. Wielkie także straty poniosła chirurgija, zmarli bowiem Forster, Woroncowski, Gamgee, Hinkeldey, Falkson, Maas, Frank, Hamilton, Schattauer, Margary. Okulistyka straciła Streatfielda, White Coopera, Froebeliusa. Otyjatryja Burhardta Meriana. Pedyjatryja Fantego, Leviego, Kaulicha. Psychijatryja Le grand du Saulla, Guddena, Madera, Ingelsa. Medycyna sądowa Zillnera. Anatomija patologiczna Estera, Mationa, Grohego. Balneologija Schotta. Fizyjologija Berta, Luchsingera. Ginekologija Courtego. Farmakologija Barneta, Wiganda, Farrego, Dyce Dawidsona. Anatomija opisowa Moniera, Gierkego. Syfilidologija Auspitza. Chemija Linemana. Fizyka Berta. Weterynaryja Roloffa, Zlamala. Klinicyści utracili: Guerina, Lequima, Guttbroda. Z wydawców lekarskich zmarli Wackley i Raumann a z pośród lekarzy wojskowych Besnard, Lewis, Frisch, Bernstein, Michaelis, Dietrich, Drasch. Świat lekarski polski utracił dobrze krajowi i nauce zasłużonego Mateckiego oraz Andersa, Jentysa, Kronenberga, Schattauera, Rosnera i wielu innych. Cześć niechaj będzie ich pamięci!

* Przez dzień 31 grudnia r. z. bawił w naszém mieście Dr. Waldeyer zasłużony na polu anatomii profesor uniwersytetu berlińskiego, który przybył tu w celu odwiedzenia swego pierwszego w anatomii nauczyciela prof. Teichmanna.

* Z Dorpatu piszą nam pod d. 29 grudnia: Prof. Dehio w dniu dzisiejszym otrzymał zatwierdzenie ministra na posadzie profesora nadzwyczajnego i dyrektora polikliniki oraz katedry teoretycznéj patologii i terapii szczegółowéj. Tym sposobem Wydział lekarski w walce z Radą uniwersytecką poniósł porażkę zupełną. Spodziewano się, że Minister poleci wykładać Drowi Dehio po rosyjsku i że pod tym warunkiem jedynie zatwierdzi

go, dotąd jednak warunku tego nie położono i niebawem rozpocznie on wykłady po niemiecku. Tutejsza t. zw. zagraniczna partyja (t. j. złożona z Niemców a nie Bałtów) forytująca, jak wiadomo, Schultzego, ogromnie têm zmartwiona, za to partyja Bałtycka święci ile może jeden z niebardzo licznych swoich tryumfów.

* **Lwów.** Z Towarzystwa lekarskiego. Zamiast rozsyłać bilety z życzeniami nowego roku, które têm ogłoszeniem kolegom i znajomym przesyłają, złożyli na fundusz wdów i sierot po lekarzach do kasy Towarzystwa lekarzy galicyjskich: Drowie Strojnowski, Fuchs, Ziembicki syn, Krówczyński, Majewski po 5 złr.; Czyżewicz, Mahl po 3 złr. Lateiner, Tatarczuch, Pawlikowski, Bylicki, Merunowicz po 2 złr.; Edw. Sawicki, Sztembarth, Lebedowicz, Różański, Widman, Elektorowicz, Smitowski, Merczyński, Schramm, Biesiadecki, Dębicki po 1 złr., Dr. Jana 1 los Bazylika.

* **Wiedeń.** Z dniem 1 stycznia rozpoczęły tu wychodzić dwa nowe pisma lekarskie. Tygodnik: *Internationale klinische Rundschau*, którego redaktorem odpowiedzialnym i wydawcą będzie Dr. Bela Weiss a współredaktorem Dr. A. Schnitzler, którzy obaj występują z redakcyi *Wien. med. Presse*. Wydawnictwo drugie *Klinische Zeit- u. Streitfragen* wychodzić będzie w luźnych zeszytach pod redakcyją Dra Jana Schnitzlera.

* **Peszt.** Dobroczynne skutki niedawno w armii austryjacko-węgierskiéj zaprowadzonego przymusu szczepienia okazują się bardzo wybitnie w Peszcie. Od kilku miesięcy panuje tam gwałtowna epidemija ospy: według ostatnich wykazów w szpitalu ospowym znajduje się 350 chorych na ospę i codzień zdarza się po 30—40 przypadków zapadnięcia, mimo to z całéj załogi peszteńskiéj nie zapadł dotąd ani jeden żołnierz na ospę. Od 1 stycznia do 1 grudnia 1886 przyjęto do szpitala 2144 chorych na ospę, z których 1146 wyszło wyleczonych, 659 zmarło a 339 pozostało w leczeniu. Z liczby 1146 uleczonych i 659 zmarłych było 1073 szczepionych a 732 nieszczepionych. Z pośród szczepionych zmarło 195 (18%), a z pośród nieszczepionych 464 (63%).

W węgierskiéj Izbie wyższéj pewien biskup poruszył sprawę upaństwowienia służby zdrowia motywując interpelacyję odnośną do ministra spraw wewnętrznych têm, że stolica chociaż należy do miast zdrowych, przecież co do śmiertelności wykazuje najniekorzystniejsze stosunki.

Celem ochrony od t. zw. egipskiego zapalenia oczu, które się szerzy w groźny sposób w Węgrzech, wydał minister okólnik nakazujący wszystkim lekarzom odtąd natychmiast donosić o każdym leczonym przypadku téj choroby.

Cholerę uważać tu wypada za wygasłą. Według wykazu statystycznego ogółem zapadło na cholerę azyjatycką 966 osób, z pośród których umarło 499 = 51·6%. Na *Cholera nostras* zapadło 98, zmarło 46 = 46·9% a na cholerynę zachorowało 265 osób, a zmarło 41 = 15·4%. Najwięcéj chorych dostarczyły dzielnice zaopatrzone przeważnie wodą niefiltrowaną. Zapadło prawie 2 razy tyle mężczyzn co kobiet a i śmiertelność była wśród tych ostatnich mniejszą, gdy usposobienie do zapadnięcia było najmniejsze w wieku dziecięcym.

* **Berlin.** W bieżącém półroczu liczy Uniwersytet berliński 5357 uczniów, między nimi jest 1297 uczniów Wydziału lekarskiego.

* **Paryż.** D. 1 Maja 1877 otwartą tu zostanie wystawa przedmiotów mających związek z higijeną wieku dziecięcego, znajdą na niéj pomieszczenie wszelkie przedmioty odnoszące się do higijeny i wychowania dzieci do lat 12.

* **Londyn.** *British medical Association* odbędzie swój doroczny Zjazd w sierpniu 1887 r. w Dublinie.

* **Petersburg.** Akademija lekarska odpowiedziała twierdząco na zapytanie Ministerstwa oświaty, czy dyplomy kobiet mają mieć toż samo znaczenie co dyplomy mężczyzn, a to 19 głosami przeciw 3.

* **Barcelona.** Zarząd miasta ma utworzyć laboratoryjum bakteryjologiczne i poruczyć jego kierunek znanemu z powodu swych szczepień cholery Drowi Ferranowi.

* **Wiadomości uniwersyteckie Dorpat.** Dr. Rudolf Kobert, nadw. prof. farmakologii, dyjetetyki i historyi med. został prof. zwyczajnym. Prof. chemii Dr. Karol Schmidt został zatwierdzony profesorem na dalsze 5 lat. — **Kijów.** Prof. terapii szczegółowéj Mering został potwierdzony na dalsze 5 lat. — **Berlin.** Dr. Oppenheim asystent oddziału dla chorych nerwowych odbył wykład habilitacyjny: „o wpływie przestrachu na układ nerwowy“. — **Paryż.** Prof. Payot podał się do dymisyi. — **Królewiec.** Prof. Madelung nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry.

* **Wiadomości osobowe.** Powiatowe stowarzyszenie lekarskie w Marburgu obrało Radcę zdrowia dyrektora Gaustera członkiem honorowym w uczczeniu rozlicznych zasług, jakie położył będąc przewodniczącym Wydziału Związku Towarzystw lekarskich austryjackich, jakotéż na polu nauk lekarskich w ogóle.

* **Nekrologija.** W Meranie zmarł Dr. Putz. W Baden-Baden radca dworu Dr. Baumgartner w wieku 88 lat, od 1824 do 1862 był profesorem i dyrektorem kliniki lek. w Fryburgu. W Zurychu znany oftalmolog prof. Horner. W Wiedniu Dr. Teodor Oppolzer. W Leodyjum Dr. Thomas, prof. akuszeryi. W Nicei Dr. Hipolit Przeździecki, lekarz zdrojowy w Francensbadzie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 12: Pacanowskiego: Nerwice żołądka (dok.) — W *Gazecie Lek.* Nr. 52: Gabszewicza: Kostniak mięsakowaty ośrodkowy goleni prawéj *(Osteo-sarcoma centrale tibiae dextrae)*; Przedborskiego: Przypadek samodzielnego porażenia histerycznego krtani ze stałemi objawami skurczu fonacyjnego i oddechowego. Kilka słów w kwestyi powstawania przebiegu rozpoznawania i leczenia samodzielnéj histeryi krtani (dok.); Sokołowskiego: Parę uwag nad charakterem epidemii tyfusu brzusznego panującego w Warszawie: w ciągu trzech lat ostatnich (1883—1885) (dok.). — Nr. 1: Hoyera: O zmianach poglądów lekarskich pod wpływem nauki o pasorzytniczém pochodzeniu chorób zakaźnych; Dunina: Uwagi krytyczne nad powstawaniem nerki wędrującéj; Orłowskiego: Wycięcie śledziony (*Laparosplenectomia*); — W *Medycynie* Nr. 52: Jaworskiego: Przyczynek doświadczalny do działania i stosowania leczniczego goryczek i żółci; Grünbaum: Całkowite wyłuszczenie prawego dziesiątego żebra razem z wyrostkiem poprzecznym i stawowym kręgu grzbietowego. — Nr. 1: Stankiewicza: Przyczynek do nauki o leczeniu złamań rzepki i wyrostka łokciowego za pomocą szwu kostnego; Jaworskiego: Kilka nowych spostrzeżeń działania kwasów na żołądek ludzki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 12 b. m. o godzinie 6éj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém urzędnicy i komisyje stałe Towarzystwa lekarskiego sprawę zdadzą z czynności całorocznych.

Sprostowanie. W N. 1 w artykule D. Krówczyńskiego str. 5. kol 1 wiersz 31 od dołu zam. „*Rumslead*“ winno być „*Bumstead*“ a zam. „*Lany*“ winno być „*Lang*“ kol. 2 wiersz 6 od końca artykułu po wyrazie „guzkowa,“ należy wypuścić wyraz „kiła.“

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1883 i 1884.

Dra Józefa REINSBERGA: Nauka o soudnim lékarstvi. III. O uskozeni na tele a násilné smrti. Oddil I v Praze 1886 8vo str. 171.

M. ZWEIGBAUM: Torbiel wielokomorowy jajnika prawego. Wycięcie guza. (Odbitka z „Gazety Lekarskiéj z r. 1886) in 8vo str. 8.

Piśmiennictwo lekarskie. Forschungen über Cholerabakterien. Von Finkler u. Prior Mit 8 Holzschn. u. 7 col. Taf. 8. Bonn, Strauss. M. 8.

FLÜCKIGER u. TSCHIRCH. Grundlage der Pharmacognosie. 2 Aufl. M. 186 Holzschn. 8. Berlin, Springer. M. 8.

KÖNIG FRZ. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 4 Aufl. II Bd. Mit 143 Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 14.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.